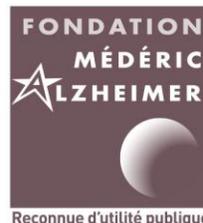


Alzheimer actualités



Toute l'information sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Numéro 159 - janvier 2019

Éditorial	2
ACTEURS	3
Les Personnes malades	3
Les Aidants / Les Familles	4
Les Professionnels	5
RECHERCHE SUR LA MALADIE	6
Diagnostic et détection	6
Approches biomédicales	9
Approches psychosociales	9
Prévention	12
Déterminants	16
TECHNOLOGIES	17
REPERES	18
Politiques	18
Initiatives	22
REPRESENTATIONS DE LA MALADIE	25
Médias grand public	25
Art et culture	25
OUVRAGES SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELS	26
FAITS ET CHIFFRES	30

Le cerveau et le corps, en bonne intelligence

Le cerveau ne peut être dissocié du corps, qui lui-même interagit avec son environnement physique et social. **p.2**

Chiffres clés

35 %

La proportion de résidents d'EHPAD ayant les ressources nécessaires pour payer le reste à charge. **p.30**

5,66 ans (± 5,32 ans)

La durée de survie moyenne des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer après le diagnostic. **p.31**

Actualité

Lésions biologiques cérébrales

Dans près de 20% des cas, elles ne sont ni nécessaires, ni suffisantes pour causer les symptômes de la maladie d'Alzheimer. **p.13**

Les métiers de demain en EHPAD

Ils devront promouvoir une culture du parcours et de l'accompagnement, à domicile comme en établissement. **p.5**

Bienveillance financière

Banques, assureurs et gestionnaires de patrimoine veulent améliorer leurs pratiques pour leurs clients âgés ou atteints de troubles cognitifs. **p.26-27**

Habitat intergénérationnel

Ce mode de cohabitation peine à décoller en France. **p.23-24**

www.fondation-mederic-alzheimer.org/alzheimer-actualites

Éditorial – le cerveau et le corps, en bonne intelligence

La recherche en intelligence artificielle prétend réaliser des machines capables de simuler l'intelligence naturelle, ce qui génère mythes et craintes : l'intelligence n'est-elle pas considérée comme un trait distinctif de l'homme, qui se verrait peu à peu supplanté par la machine ? Nos capacités cognitives naturelles sont-elles d'ailleurs modélisables ?

Les neurobiologistes nous apprennent que l'intelligence naturelle, ou cognition humaine, peut être caractérisée comme une interaction entre la perception, la motricité, l'émotion, le jugement et la prise de décision. Une autre faculté, particulièrement développée chez l'homme, permet le raisonnement, la planification, la prévision et la constitution de répertoires de comportement, pour être en mesure de faire face à différentes situations et guider les actions. Quant à la place du cerveau dans la cognition et l'action, deux modèles de pensée s'opposent.

Le modèle « cognitiviste », dominant aujourd'hui, considère le cerveau comme une unité centrale. Les systèmes perceptifs et moteurs ne lui servant que de périphériques d'entrée et de sortie, ils sont donc peu importants pour en décrire le fonctionnement. Ce modèle s'illustre aujourd'hui dans le projet européen *Human Brain Project*, qui vise d'ici à 2024 à simuler le fonctionnement du cerveau humain grâce à un superordinateur traitant des milliards de variables. Utopie ? Pour ses promoteurs, l'intelligence artificielle et la capacité d'apprentissage autonome de l'ordinateur aideront à trouver un sens aux données de masse produites par la recherche en les reliant entre elles, un sens caché car inaccessible à l'intelligence de l'homme. Pour ses détracteurs, la connaissance actuelle des mécanismes du cerveau est insuffisante pour que l'homme puisse programmer une machine pour les reproduire. L'intelligence artificielle n'est qu'un outil façonné par l'homme, ce qui limite par principe ses capacités : elle sera seulement ce que l'intelligence humaine en fera.

Le modèle de la « cognition incarnée » postule quant à lui que le cerveau ne peut être dissocié du corps, qui lui-même interagit avec son environnement physique et social : les connaissances sur les actions d'autrui permettent non seulement d'intégrer la perception dans la planification et l'exécution mais aussi d'éprouver de l'empathie en s'identifiant à l'autre, d'apprendre le langage, ou d'apprendre des gestes en regardant faire l'autre. Ce modèle trouve de larges applications pratiques dans les domaines de la stimulation et de la réhabilitation des personnes atteintes d'un handicap cognitif : il s'agit à la fois de retarder l'aggravation des déficiences cognitives et faire en sorte qu'elles occasionnent le moins possible de restrictions d'activité et de limitations de participation sociale. Les interventions ne se focalisent plus seulement sur la mémoire et l'orientation : c'est l'ensemble des fonctions cognitives que l'on vise. Rester concentré sur une tâche, mémoriser de nouvelles informations, communiquer sa pensée, réaliser un mouvement : il s'agit de préserver l'autonomie dans son ensemble. Rester en mouvement, le plus longtemps possible, semble protéger la cognition. C'est pourquoi, aux côtés des psychologues, s'impliquent de plus en plus des spécialistes du mouvement : ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes, qui proposent des activités adaptées. Parmi ces interventions, la danse, l'activité physique adaptée ou encore le sport occupent une place particulière : elles mobilisent à la fois les capacités physiques, cognitives et sociales.

Espérons que ces deux modèles de pensée évolueront en se complétant utilement. Notre intelligence n'est-elle pas, en premier lieu, cette aptitude à relier des éléments épars qui nous permettent de mieux comprendre le monde et les autres ?

La rédaction

Concertation Grand âge et autonomie : paroles de résidents

Les bénévoles des *petits frères des Pauvres* ont recueilli la parole de résidents d'EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), afin d'inscrire leurs propositions sur le site *Make.org*, ouvert par le ministère des Solidarités et de la Santé du 1^{er} octobre au 5 décembre 2018. Les verbatims ont été classés selon 6 thèmes : 1/ *Choisir ou consentir ?* Les résidents n'ont globalement pas choisi d'aller en EHPAD et ne s'y épanouissent pas. Les préconisations portent sur le développement d'habitats alternatifs et l'hébergement temporaire. 2/ *Entourés ou isolés ?* Les résidents n'arrivent pas à discuter avec le personnel du fait du renouvellement des équipes et se sentent isolés. Les préconisations consistent à soutenir les réseaux de lutte contre la solitude et à appliquer le ratio d'un équivalent temps plein de professionnel par résident. 3/ *Vie privée ou vie publique ?* Les résidents ont peu d'intimité et se sentent atteints dans leur dignité. Les préconisations visent à réaffirmer que l'EHPAD est un domicile qui propose des conditions de vie dignes et à donner les moyens pour le rendre possible via les recommandations de la Haute Autorité de santé sur la qualité de vie en EHPAD. 4/ *Sortir ou s'en sortir ?* Les résidents ont très peu l'occasion de sortir et éprouvent un sentiment de perte de mobilité accrue en établissement. Les préconisations sont d'arrêter de construire des EHPAD à la périphérie des villes et à l'écart de toute activité de proximité, et de construire une politique globale des territoires favorisant l'inclusion des personnes âgées dans la cité. 5. *Soupe à la grimace ou beurre dans les épinards ?* Les résidents se plaignent de la qualité de la nourriture et regrettent le manque de personnel à table. Les préconisations sont de redonner aux repas la valeur plaisir et favoriser la participation des résidents dans l'élaboration des recettes et menus. 6/ *Rythmes adaptés ou cadences imposées ?* Les résidents ne peuvent pas vivre à leur rythme et sont soumis aux impératifs et aux cadences du personnel. Les préconisations consistent à donner au personnel le temps et les moyens de mener leurs missions auprès des « aînés » les plus fragiles de façon digne, respecter les droits, les choix et le rythme de chacun...

Mensuel des Maisons de retraite, décembre 2018.

Concertation Grand âge et autonomie : comment prendre soin de nos aînés ?

Du 1^{er} octobre au 5 décembre 2018, 415 000 Français ont émis 18 300 propositions. Jamais la société civile ne s'était mobilisée ainsi sur la question des aînés, écrit l'entreprise de technologie civique (*civic tech*) *Make.org*. Les aînés ont pris toute leur part à cette consultation : les personnes âgées de 65 ans et plus représentent en effet 26 % de l'ensemble des proposant. Le succès de la consultation s'explique notamment par la mobilisation d'une coalition d'acteurs de la société civile se constituant en « communauté d'aînés » : le groupe de protection sociale *Klesia*, la Fondation *Korian*, *La Poste*, l'OCIRP (union d'institutions de prévoyance), *Primonial Reim* (société d'investissement immobilier dans les domaines de la santé et de l'éducation), *CAREIT* (groupe d'investissement privé dans le domaine hospitalier), la *Croix-Rouge française*, ont décidé de s'engager ensemble sur le long terme autour de *make.org*. La grande cause associe aussi des médias (*France Télévisions*, *RTL*, *TF1 Initiatives*, *LCI*, le *HuffPost*, *Loopsider*, *Carenews*, *Notre Temps*, *Chari-T*, *SilverEco.org*) et des acteurs de terrain (*Âge d'Or de France*, *Age Village*, *Animaux Seniors*, *Association Française des Aidants*, *Association France Dépendances*, *Benevolt*, *Domplus Care Experience*, *Fm2J*, *Fondation de l'Armée du Salut*, *Jeux 2 minutes*, *La Fonda*, *Les Talents d'Alphonse*, *Prev&Care*, *Réseau francophone des villes amies des aînés*, *Responsage*, *SBT Human matter*, *Siel Bleu*, *Silver Valley*, *Synapse*). Sept grandes idées ressortent de la consultation : renforcer le maintien à domicile via l'adaptation des logements et le développement des SAAD (services d'aide à domicile) ; améliorer la qualité et l'accueil dans les établissements spécialisés via la formation du personnel et un meilleur contrôle de la part de l'État ; mieux accompagner les aidants via des avantages financiers, fiscaux et une reconnaissance statutaire ; améliorer les conditions de travail du personnel via la revalorisation des salaires et le renforcement des effectifs ; réduire le coût de prise en

charge de la perte d'autonomie via des avantages fiscaux et une meilleure régulation des prix ; renforcer l'accès à la santé pour les personnes âgées via une meilleure couverture santé à domicile, aux outils de prévention et à l'adaptation du système hospitalier ; développer les lieux de vie alternatifs et intergénérationnels.
Le Mensuel des maisons de retraite, décembre 2018.

Acteurs – Les Aidants / Les Familles

Proche aidant, proche aidant indispensable : de quoi parle-t-on ?

La loi ASV (Adaptation de la société au vieillissement) a introduit les définitions de proche aidant et de proche aidant indispensable d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), qui peut ouvrir droit à des majorations. Selon l'article L 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ». Sous ces conditions, un membre de la famille, un ami, un voisin peuvent ainsi être considérés comme des proches aidants.

Un aidant intervenant en emploi direct auprès de son proche âgé pour assurer tout ou partie de l'aide humaine prévue au plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est un salarié. Cet aidant se distingue d'un professionnel car il apporte une aide à un proche « en particulier » (et non à n'importe quelle personne en perte d'autonomie) et qu'il existe entre eux un lien de proximité. Son statut salarié n'enlève rien au fait qu'il reste également un proche aidant et peut de ce fait bénéficier des majorations répit et relais en cas d'hospitalisation.

Le proche aidant indispensable, quant à lui, est celui qui assure une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile d'un bénéficiaire de l'APA et qui ne peut être remplacé, pour ce faire, par une autre personne à titre non professionnel (articles L 232-3-2 et L 232-3-3 du CASF). Que signifie « assurer une présence ou une aide indispensable » ? Tout d'abord, assurer une présence sans laquelle la personne âgée serait en danger. Cette présence renvoie à une notion de surveillance ; ensuite, assurer une aide qui porte sur les actes de la vie quotidienne ; enfin, le proche aidant ne doit pas pouvoir être remplacé par un autre proche (membre de la famille, ami ou voisin de la personne âgée). La finalité de cette qualification est d'ouvrir droit à des dispositifs de répit et/ou de relais en cas d'hospitalisation (accueil temporaire, en établissement ou en famille d'accueil, de relais à domicile ou tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée ; articles D 232-9-1 et D 232-9-2 du CASF).

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. *Proches aidants d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile. Document d'aide et de partage de bonnes pratiques*. 10 décembre 2018.

www.cnsa.fr/documentation/guide_evaluation_proches_aidants_personne_agee_beneficiaire_ap_a_domicile-compressed.pdf (texte intégral).

Proches aidants d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile. Document d'aide et de partage de bonnes pratiques, de la CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) publie un document d'aide et de partage des bonnes pratiques, destiné aux équipes médico-sociales des départements en charge de l'évaluation de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) et à leur encadrement. Son objectif est d'aider ces professionnels à mener à bien leurs missions et, plus précisément, à mettre en œuvre les nouvelles dispositions relatives aux proches aidants, que ce soit en termes d'évaluation, d'élaboration d'un plan de soutien ou de financement de ce dernier. Complémentaire au guide d'utilisation du référentiel d'évaluation

multidimensionnelle de la CNSA, ce document explique les nouvelles dispositions issues de la loi ASV et restitue les conclusions des ateliers de travail qui se sont tenus lors des forums « Proches aidants - EMS APA » en 2017 et 2018.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. *Proches aidants d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile. Document d'aide et de partage de bonnes pratiques.* 10 décembre 2018.

www.cnsa.fr/documentation/guide_evaluation_proches_aidants_personne_agee_beneficiaire_ap_a_domicile-compressed.pdf (texte intégral).

Acteurs – Les Professionnels

Les métiers de demain en EHPAD : promouvoir une culture du parcours et de l'accompagnement, à domicile et en établissement

Avec la montée en puissance de la maladie d'Alzheimer, les besoins d'accompagnement vont augmenter, estime Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées), qui souligne la nécessité de repenser les métiers créés dans les années 1960, en appelant à davantage de polyvalence pour faire face à la pénurie de personnel. Elle espère que les réflexions sur la notion de parcours permettront peut-être aux établissements d'être plus attractifs. Il s'agit de proposer aux personnels des carrières qu'ils pourront faire en EHPAD ou à domicile. Pour Didier Armingaud, directeur éthique et qualité chez *Korian*, l'EHPAD de demain intégrera forcément des établissements, des résidences seniors et des services à domicile. « Il faut donc penser à des carrières qui suivent cette évolution. Il faut former des professionnels de contact, d'aide, qui interviendront à domicile comme en établissement. Par exemple, les maîtresses de maison ont des compétences pour animer des petites unités de 10 personnes. L'évolution des métiers doit impliquer de nouveaux modes de financement ».

Le Journal du médecin coordonnateur, octobre-décembre 2018.

Infirmières de nuit en EHPAD : comment améliorer les soins d'urgence ?

La présence des infirmières de nuit en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ne fait pas l'unanimité parmi les médecins coordonnateurs, malgré une volonté du gouvernement de généraliser ce dispositif : 10 millions d'euros ont été programmés dans la loi de financement de la sécurité sociale en 2019. Renaud Marin La Meslée, président du syndicat des généralistes et des gériatres intervenant en EHPAD (SNGIE), demande que soit d'abord comblé le déficit des personnels de jour avant de s'intéresser au personnel de nuit. Il conviendrait selon lui de travailler à une meilleure organisation au sein des établissements, en particulier aux heures les plus critiques de la journée et mettre fin à cette « cassure » dans la journée au cours de laquelle, en moins d'une demi-heure, les effectifs passent de 35 à 2 soignants. Pour le Pr Olivier Hanon, responsable scientifique du gérontopôle d'Ile-de-France, l'enjeu est la gestion des hospitalisations en urgence. Le nombre et la durée des hospitalisations diminuent après un passage aux urgences lorsque les patients sont adressés par un EHPAD doté d'une infirmière de nuit. La gestion des urgences est un sujet révélateur des relations souvent complexes entre l'hôpital et les EHPAD, en raison d'une méconnaissance réciproque, d'outils de transmission désuets et d'un manque de coopération entre les deux systèmes, estime Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France. Des initiatives émergent dans les territoires : ainsi, le projet *Assure* (Améliorer les soins d'urgence en EHPAD), porté par l'Association des médecins coordonnateurs de Picardie, l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France et les CHU de Lille et d'Amiens, construisent avec les urgentistes des fiches de liaison, permettant aux aides-soignantes de reconnaître une fausse urgence et de pouvoir préparer leur appel aux urgences en donnant toutes les informations nécessaires.

Le Journal du médecin coordonnateur, octobre-décembre 2018.

Nouvelles têtes

Le Pr Olivier Guérin, gériatre et chef du pôle de gériatrie au CHU de Nice, âgé de 45 ans, a été élu président de la Société française de gériatrie et de gériatrie, pour un mandat de 3 ans. Il est également adjoint au Maire de Nice délégué à la santé, à l'autonomie et à la silver économie.

Le Journal du médecin coordonnateur, octobre-décembre 2018.

Recherche sur la maladie – Diagnostic et détection

Les troubles de la régulation veille-sommeil : des marqueurs de neurodégénérescence, des facteurs modifiables

Des recherches de plus en plus nombreuses mettent en évidence la régulation du cycle veille-sommeil comme une manifestation d'une neurodégénérescence pouvant conduire à des troubles cognitifs, comme un facteur modifiable pour retarder la progression de la maladie au stade pré-clinique, voire même comme un véritable facteur de risque, résume l'équipe du Pr Éric Salmon, médecin coordinateur du centre de la mémoire et de l'unité de neuropsychologie du CHU de Liège (Belgique), qui publie une revue des connaissances sur le sujet.

Durant le sommeil lent (de l'endormissement au sommeil profond), certains mouvements lents des yeux sont associés à une accumulation de protéine tau dans le cerveau. « Des changements de fréquence des ondes cérébrales lentes (1 à 2 cycles par seconde), mesurés par un électroencéphalogramme posé sur le front, pourraient alerter sur une neurodégénérescence de type tauopathie bien avant les premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer », expliquent Brendan Lucey et ses collègues, qui ont mis au point cette technique auprès de 119 personnes âgées de 60 ans et plus au département de neurologie de l'Université *Washington* à Saint Louis (États-Unis).

En Ecosse, dans une étude menée chez 1 091 personnes de 70 à 76 ans, Simon Cox et ses collègues, du centre de vieillissement cognitif et d'épidémiologie cognitive de l'Université d'Édimbourg, montrent qu'une plus longue durée de sommeil durant la journée est associée significativement à une vitesse de traitement de l'information plus lente, ainsi qu'à un déclin plus rapide dans les 6 ans de cette vitesse et du raisonnement visuel et spatial.

Van Egroo M et al. *Sleep-Wake Regulation and the Hallmarks of the Pathogenesis of Alzheimer's Disease*. *Sleep*, 14 janvier 2019. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30649520.

Lucey BP et al. *Reduced non-rapid eye movement sleep is associated with tau pathology in early Alzheimer's disease*. *Science Transl Med* 2019; 11 (474): eaau6550. 9 janvier 2019. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30626715.

Cox SR et al. *Sleep and cognitive ageing in the 8th decade of life*. *Sleep*, 19 janvier 2019. <https://academic.oup.com/sleep/advance-article-abstract/doi/10.1093/sleep/zsz019/5298134>.

Biomarqueurs sanguins : vers un diagnostic sanguin, 16 ans avant l'apparition des symptômes de neurodégénérescence

L'équipe de Mathias Jucker, du centre allemand pour les maladies neurodégénératives à Tübingen, en collaboration avec l'Université médicale de Washington, propose une nouvelle méthode, réservée à la recherche, qui permettrait de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer plusieurs années avant l'apparition des premiers symptômes cognitifs, grâce à un simple test sanguin. Lors de la neurodégénérescence, les débris de neurones passent dans le sang où ils sont rapidement dégradés. Parmi ces résidus, une protéine, le neurofilament léger, est très résistante et reste en circulation sans être détruite. Dans une étude portant sur 243 personnes porteuses de variations génétiques responsables de la maladie d'Alzheimer à un stade précoce (formes héréditaires rares de la maladie, mutations APP, PSEN1 et PSEN2, codant pour le précurseur de la protéine amyloïde et la préséniline), et 162 personnes sans troubles cognitifs, les chercheurs observent que la concentration de neurofilament léger est plus élevée dans le sérum des personnes à risque génétique. La concentration de neurofilament léger commence à changer 16 ans avant le début de la maladie. La variation

du niveau de neurofilament léger au cours du temps permettrait d'identifier les personnes chez qui les lésions se développent à bas bruit, avant de conduire à une neurodégénérescence du cortex observable en imagerie par résonance magnétique et un déclin cognitif mesuré par le test MMSE (*mini-mental state examination*). Ce test n'est pas spécifique de la maladie d'Alzheimer, précisent les auteurs, mais il permet de suivre facilement une neurodégénérescence précoce dans plusieurs maladies neurodégénératives (Alzheimer, Huntington, sclérose en plaques). Cela permettra, d'une part, de sélectionner des personnes à risque pouvant participer à des essais cliniques de médicaments visant à modifier le cours de la maladie, et d'autre part de déterminer le meilleur moment pour administrer ces traitements. Un test pour détecter la présence de protéines dans le sang pourrait facilement faire partie d'un dépistage dans la pratique clinique neurologique, déclarent les chercheurs. Un kit pour détecter la présence de neurofilament est déjà disponible mais il n'a pas reçu l'autorisation de mise sur le marché de la FDA (*Food and Drug Administration*, autorité de contrôle fédérale américaine). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer à partir de quelle concentration le neurofilament est un signe de la maladie.

Preische O et al. *Serum neurofilament dynamics predicts neurodegeneration and clinical progression in presymptomatic Alzheimer's disease*. *Nat Med*, 21 janvier 2019.

www.nature.com/articles/s41591-018-0304-3. www.alzforum.org/news/research-news/neurofilament-blood-foretells-early-onset-alzheimers, 21 janvier 2019.

www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/28080-Un-nouveau-test-sanguin-detecter-maladie-d-Alzheimer, www.francetvinfo.fr/sante/maladie/alzheimer-un-test-sanguin-pour-un-diagnostic-precoce_3158285.html, 23 janvier 2019.

Un diagnostic précoce de la démence est-il désirable ?

Au Royaume-Uni, le « défi à la démence pour 2020 » lancé par le Premier ministre David Cameron en mars 2012 visait à accroître le taux de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, en faisant l'hypothèse qu'il y aurait un bénéfice pour les personnes malades et leurs aidants, rappellent les épidémiologistes Carol Brayne et Sarah Kelly, de l'Institut de santé publique de l'Université de Cambridge (Royaume-Uni). Les politiques publiques ont alors incité financièrement les médecins généralistes à intensifier l'identification de nouveaux cas. Mais ni les preuves scientifiques actuelles, ni les options de traitement disponibles aujourd'hui n'étaient ce besoin de dépistage intensif de la maladie et de diagnostic précoce. Ces épidémiologistes estiment que ce dépistage est injustifié sans une meilleure compréhension de ses bénéfices, de ses coûts et de ses effets indésirables potentiels pour les personnes et les services sanitaires et sociaux.

Brayne C et Kelly S. *Against the stream: early diagnosis of dementia, is it so desirable?* *BJPsych Bull*, 4 janvier 2019. www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/B9B19A2788B65BF9000AA8776272BB/S2056469418001079a.pdf/against_the_stream_early_diagnosis_of_dementia_is_it_so_desirable.pdf (texte intégral).

Diagnostic précoce : que font les médecins généralistes suisses ?

Stéphanie Giezendammer, du centre de soins primaires de l'Université de Bâle, a mené une enquête postale, auprès des 4 460 membres de l'Association suisse de médecine générale, sur le diagnostic précoce de la démence et la gestion de ses conséquences ; 21 % des médecins ont répondu. Deux tiers des généralistes ayant répondu (64 %) se déclarent confiants pour porter un diagnostic de démence, mais seuls 15 % lorsqu'il s'agit de patients d'origine immigrée. Pour les tests neuropsychologiques, les trois quarts des généralistes collaborent avec les centres mémoire et sont satisfaits de l'accès à leurs services. C'est un stade léger de la démence qui est diagnostiqué par 62 % des généralistes, et un déficit cognitif léger par 31 % d'entre eux. Après le diagnostic, les actions les plus fréquentes du généraliste consistent à donner des conseils à la famille (71 %), tester l'aptitude à la conduite automobile (66 %) et minimiser les facteurs de risque cardiovasculaire (63 %). Alors que 65 % des répondants se sentent en confiance pour prendre soin de patients atteints de démence, ils ne sont plus que 53 % à avoir confiance en un médicament, 44 % à faire face à

des idées suicidaires et plus que 16 % à vouloir prendre en charge un patient d'origine immigrée. La moitié des généralistes préfèrent déléguer l'évaluation de la capacité à conduire à une autorité officielle. Un quart des généralistes n'est pas satisfait de la prise en charge de proximité de la démence et des services de soutien aux personnes atteintes de démence.

Giezendanner S et al. *Early diagnosis and management of dementia in general practice - how do Swiss GPs meet the challenge? Swiss Med Wkly* 2018; 148: w14695. 30 décembre 2018. <https://smw.ch/article/doi/smw.2018.14695> (texte intégral).

Repérer une surdité : comment avoir la puce à l'oreille ?

L'audiométrie tonale est l'examen médical de référence pratiqué par l'oto-rhino-laryngologiste pour mesurer la perte auditive. Le groupe de recherche *Alzheimer Presbyacousie santé (GRAP Santé)* a validé un test d'acoumétrie vocale chez les personnes âgées de plus de 55 ans, qui permet de tester non seulement l'oreille mais aussi la voie auditive et le système nerveux associé. Le test *AcouPhraz* consiste, en se plaçant à 3 mètres de la personne, à énoncer des phrases de la vie courante à l'aide des 5 voix que produit une phonation normale : voix chuchotée, basse, normale, forte et criée. Les phrases doivent être répétées et comprises par le sujet testé. Avec ce test, 2 types d'examen sont possibles : un examen de dépistage de la surdité et un examen d'évaluation du degré de l'atteinte auditive. L'examen de dépistage *AcouChuch'* consiste à énoncer à voix chuchotée 8 phrases de la vie courante et à vérifier que le sujet en a perçu et compris 6 sur 8 (75 %). Dans ce cas, l'audition est considérée comme normale en fonction de l'âge et un nouvel examen sera proposé après 6 mois. Dans le second cas, le patient est adressé à l'ORL avec une très forte suspicion de presbyacousie. L'examen d'évaluation *AcouPhraz'* consiste à mesurer la perte auditive en précisant le niveau de voix qui a été nécessaire pour que le patient perçoive et comprenne la phrase qui lui a été proposée avec un certain niveau de voix. À l'aide d'un tableau de correspondance, il est possible d'évaluer la perte auditive et de la classer de la même façon qu'avec l'audiométrie tonale selon les catégories suivantes : pas de surdité, surdité très légère, surdité légère, surdité moyenne et surdité sévère. Ce test ne remplace pas l'audiométrie qui doit être réalisée par un ORL, mais s'ajoute à l'exploration de l'audition en apportant l'élément de compréhension en vie courante qui n'est pratiquement jamais testé. Il permettrait d'améliorer nettement le pronostic en permettant de débiter la rééducation orthophonique bien avant que les dégâts occasionnés par la presbyacousie ne réduisent le champ d'action à presque rien, conclut le *GRAPSanté*.

Madero B et al. *Comment pratiquer une acoumétrie vocale du GRAPSanté (L'AcouPhraz')*. *Rev Gériatr* 2018 ; 43(9) : 545-553. www.revuedegeriatrie.fr/index.php.

Troubles cognitifs légers et maladie de Parkinson

Des troubles cognitifs légers peuvent être présents dès le début de la maladie de Parkinson et même à la phase prodromique [signes « avant-coureurs » de la pathologie], rappellent Gilles Fénelon et Hayet Salhi, du centre expert Parkinson de l'hôpital *Henri-Mondor* de Créteil (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Les types non amnésiques [sans perte de la mémoire] et/ou multi-domaines sont les plus fréquents. « On dispose de critères diagnostiques et de recommandations pour la sélection des tests neuropsychologiques. Les troubles cognitifs légers constituent un facteur de risque d'évolution vers une démence, mais ils peuvent être fluctuants ou régresser. L'hétérogénéité clinique et évolutive suggère des mécanismes différents. Les investigations paracliniques ont peu de place en routine, en dehors de l'imagerie par résonance magnétique ; ils visent à rechercher des lésions vasculaires associées, qui peuvent constituer un facteur contributif ou aggravant. Il n'existe pas de traitement validé, pharmacologique ou non, mais la correction des facteurs de risque vasculaire est indispensable, estiment les cliniciens.

Fénelon G et Salhi H. *Troubles cognitifs légers et maladie de Parkinson. Neurol Psychol Gériatr* 2018 ; 18 : 355-359. Décembre 2018.

Deuil blanc de l'aidant : une échelle rapide de mesure

Les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent ressentir une tristesse profonde et avoir le sentiment de perte bien avant le décès de la personne malade. Liew Tau Ming et ses collègues, du département de santé mentale et de l'Institut de formation et de recherche en gériatrie de Singapour, ont conçu et testé, auprès de 394 aidants, une échelle de 6 critères pour évaluer les conséquences psychologiques de ce deuil, pour distinguer rapidement les aidants à haut risque de complications psychologiques. Liew TM et Yap P. *A Brief, 6-Item Scale for Caregiver Grief in Dementia Caregiving*. *Gerontologist*, 13 décembre 2018. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30544229.

Recherche sur la maladie – Thérapeutiques : approches biomédicales

Vers une médecine de précision

La programmation conjointe européenne sur les maladies neurodégénératives sur les maladies neurodégénératives (*JPND-Joint Programme Neurodegenerative Disease*) a lancé un appel à projets d'un montant total de 24 millions d'euros, avec un abondement possible de 6 millions d'euros par la Commission européenne, pour des projets de recherche multinationaux sur la médecine personnalisée visant à délivrer des traitements ciblés et une prévention en temps opportun dans le champ des maladies neurodégénératives, capables de modifier la trajectoire de la maladie. Ce financement vient compléter les budgets de recherche existants des différents États-membres. « L'un des plus grands défis pour le traitement des maladies neurodégénératives est de déchiffrer la grande variabilité - en termes d'origine, de mécanismes et d'expression clinique - qui les caractérise, rappelle le JPND. « Ciblant des éléments spécifiques responsables de la pathologie chez un individu donné à un instant particulier, la médecine de précision est une approche émergente pour la prévention de la maladie, le diagnostic et le traitement, qui prend en compte la variabilité individuelle dans les gènes, les caractéristiques biologiques ou moléculaires ainsi que les facteurs environnementaux et le mode de vie ».

www.neurodegenerationresearch.eu/initiatives/annual-calls-for-proposals/open-calls/personalised-medicine-2019/, 7 janvier 2019.

Recommandations des anesthésistes britanniques pour les soins péri-opératoires aux personnes atteintes de démence

Difficultés spécifiques à la physiopathologie, difficultés d'anesthésie, interactions médicamenteuses, facteurs organisationnels et médico-légaux : les personnes atteintes de démence qui se présentent à l'hôpital pour une chirurgie, programmée ou non, reçoivent souvent des soins péri-opératoires inadéquats, écrit l'Association britannique des anesthésistes, qui publie des recommandations de pratique sur le sujet.

White S et al. *Guidelines for the peri-operative care of people with dementia: Guidelines from the Association of Anaesthetists*. *Anaesthesia*, 11 janvier 2019. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30633822. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Peri-operative care for people with dementia* 2018. www.aagbi.org/sites/default/files/Dementia%20Clean%20version%20-%20member%20comments.pdf (texte intégral).

Recherche sur la maladie – Thérapeutiques : approches psychosociales

Tai-chi en réalité virtuelle : un exercice pour améliorer la précision des mouvements et la cognition

Le département de kinésithérapie et l'Institut des sciences de la réhabilitation de l'Université *Chang Gung* à Taïwan a évalué les effets d'une technologie de réalité virtuelle facilitant des mouvements de tai-chi [gymnastique chinoise consistant en un enchaînement lent de mouvements, selon des précis, et une maîtrise de la respiration], auprès de 60 personnes atteintes de déficit cognitif. L'intervention a été menée deux fois par semaine

durant 6 mois. Par rapport au groupe contrôle, les utilisateurs du tai-chi en réalité virtuelle ont amélioré leur performance à plusieurs tests : distance de marche pendant 6 minutes, lever de la position assise à la position debout en moins de 30 secondes, « portée fonctionnelle » [la distance pour attraper un objet], vitesse de marche sur 5 mètres, tests de pensée abstraite et de jugement. Les effets sont modérés à importants, selon le critère testé. Une meilleure précision du mouvement dans les 3 premiers mois de l'intervention est associée significativement à une amélioration des capacités cognitives.

Hsieh CC et al. *The Effectiveness of a Virtual Reality-Based Tai Chi Exercise on Cognitive and Physical Function in Older Adults with Cognitive Impairment*. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2018; 46(5-6): 358-370. 11 décembre 2018.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30537752.

Trouver des objets dans un environnement complexe : l'analyse des mouvements des yeux

De nombreuses activités instrumentales de la vie quotidienne, telles que faire la cuisine, gérer ses finances personnelles ou ses médicaments, impliquent de trouver un ou plusieurs objets dans des environnements complexes, de manière efficace et en temps opportun. Ces activités peuvent être perturbées par des troubles de la recherche visuelle. Ces déficits, présents dès les premiers stades de la maladie d'Alzheimer, sont liés à des déficits attentionnels et de traitement de l'information du contexte de la scène visuelle. Hanane Ramzaoui, attachée temporaire de recherche au laboratoire d'anthropologie et de psychologie cliniques, cognitives et sociales de l'Université Côte d'Azur à Nice, en collaboration avec des chercheurs des Universités d'Aberdeen et Glasgow (Ecosse), publie une revue de la littérature sur <le sujet. L'analyse du comportement oculomoteur ouvre des perspectives pour la réhabilitation des capacités de recherche visuelle d'objets de la vie quotidienne chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Hanane Ramzaoui a été lauréate d'une bourse doctorale de la Fondation Médéric Alzheimer en 2015 et 2016.

Ramzaoui H et al. *Alzheimer's Disease, Visual Search, and Instrumental Activities of Daily Living: A Review and a New Perspective on Attention and Eye Movements*. *J Alzheimers Dis*. 2018 ; 66(3): 901-925. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30400086.

Soutien psychologique des aidants par téléphone : quels effets, quelles limites ?

En Allemagne, deux essais contrôlés et randomisés évaluent l'efficacité d'une intervention cognitivo-comportementale brève par téléphone, destinée aux aidants de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, et en précisent les limites. L'équipe d'Elmar Graessel, du département de psychiatrie et psychothérapie à l'Université *Friedrich-Alexander* d'Erlangen-Nuremberg a mené l'essai dans 32 accueils de jour pendant 6 mois, auprès de 205 aidants dans le groupe d'intervention et 154 aidants d'un groupe témoin. Trois conversations téléphoniques ont été centrées sur la réduction du stress, le développement de stratégies pour apprendre soi-même à gérer la situation et l'attitude à adopter face à des comportements difficiles. Le fardeau subjectif et la dépression des aidants ont été mesurés avec l'échelle *BSFC (Burden Scale for Family Caregivers)* et l'index de bien-être *WHO-5 Well-being Index* de l'Organisation mondiale de la santé. L'intervention cognitivo-comportementale brève par téléphone permet de rendre les aidants capables de faire face à la situation. L'effet de l'intervention est plus important si la personne malade est à un stade léger de la démence. Mais l'intervention n'a pas d'effet chez les personnes ayant vécu un événement brutal et stressant, tel que le décès d'un proche ou une séparation.

De leur côté, Franziska Meichsner et ses collègues, du département de conseil et intervention clinique à l'Institut *Friedrich-Schiller* d'Iéna, dans une étude auprès de 273 aidants, ont évalué l'efficacité d'une intervention comprenant 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale par téléphone, pendant 6 mois. La qualité de vie perçue a été mesurée par l'échelle *QoL-BREF* de l'Organisation mondiale de la santé, dans les domaines de la santé physique, de la santé psychologique, des relations sociales et de l'environnement. Les aidants du groupe interventionnel déclarent avoir une meilleure

qualité de vie et se déclarent en meilleure santé, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique.

Behrndt EM et al. *Brief telephone counselling is effective for caregivers who do not experience any major life events - caregiver-related outcomes of the German day-care study*. *BMC Health Serv Res* 2019; 19(1): 20. 9 janvier 2019.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30626439.

Meichsner F et al. *Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention Improves Dementia Caregivers' Quality of Life*. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 13 janvier 2019.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30636429.

Visites de musée : un modèle d'évaluation quantitatif et qualitatif

En Italie, Martina Pigliautile, de l'Institut de gérontologie et gériatrie de l'Université de Pérouse, et ses collègues, proposent un modèle pratique de planification et d'évaluation de la stimulation cognitive pour les personnes atteintes de démence qui visitent un musée. Ce modèle a été testé dans deux contextes sociaux différents, à Pérouse et à Rome, chez des personnes à différents stades de la maladie. Des mesures sont proposées pour capturer des éléments qui ne peuvent être facilement quantifiés, comme une expression émotionnelle positive, une disposition plus forte à participer à la visite, des interventions plus fréquentes ou une expression faciale relaxée à la fin de la séance. Les opinions et les sensations éprouvées par la personne malade et l'aidant durant l'intervention sont recueillies par des entretiens qui permettent d'évaluer l'expérience vécue, la disposition à renouveler l'intervention, les aspects positifs comme négatifs, les sensations de peur avant ou pendant la visite, les effets sur les sensations physiques (sommeil, fatigue, faim) et les souvenirs (spontanés ou sollicités). Enfin, les éléments marquants de la séance, comprenant des notes sur la dynamique de groupe rédigées par un psychologue, sont consignés dans un rapport.

Pigliautile M et al. *The "Artwork Effect" paradigm: A model for planning and assessing cognitive stimulation for people with dementia through museum visits*. *Dementia (London)*, 3 décembre 2018. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30509140.

Activités artistiques de stimulation cognitive : quel retour social sur investissement ?

Les activités artistiques de stimulation cognitive menées dans le cadre de visites au musée, ou équivalentes, ont un effet observable sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, écrivent Carys Jones et ses collègues, du centre d'économie de la santé et du centre de développement de services pour la démence (DSDC) de l'Université de Bangor (Royaume-Uni). Peut-on justifier le coût de ces interventions auprès des financeurs ? Les chercheurs proposent un cadre d'analyse fondé sur la méthode du retour social sur investissement, une forme d'analyse coût-bénéfice. L'intervention de groupe consistait en 12 séances hebdomadaires de 2 heures de stimulation cognitive devant des œuvres d'art, avec un maximum de 12 personnes par groupe. Onze groupes ont participé à cette intervention sur 3 sites : au musée, en établissement, en bibliothèque publique. Au total, 125 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, 88 aidants familiaux et 58 professionnels ont participé à l'étude. À partir d'entretiens, les chercheurs ont d'abord élaboré un « modèle du changement », décrivant ce que les activités artistiques apportent aux participants. Chez les personnes malades, ont été mesurées notamment l'évolution du bien-être ou de l'humeur (échelle de qualité de vie spécifique à la démence *DEM-QoL*), l'amélioration de la participation à des activités artistiques, de la confiance et de l'estime de soi, de la maîtrise perçue sur la vie ou l'environnement, de l'isolement social et du sentiment d'appartenance, de l'activité physique. Chez les familles, ont été mesurées notamment l'amélioration de la participation à des activités artistiques, du soutien social, le changement de regard sur les personnes malades. Chez les professionnels, ont été mesurées notamment l'amélioration de la participation à des activités artistiques, de l'opportunité de développement professionnel, le changement de regard sur les personnes malades. En ce qui concerne les ressources mises en œuvre, ont été valorisés monétairement le temps des artistes, le temps de présence, de transport et de préparation des activités pour les différents acteurs, les fournitures nécessaires, les contributions en nature (mise à

disposition d'espaces pour les groupes). 1 livre investie dans des activités artistiques organisées pour des personnes atteintes de démence génère 5,18 livres de valeur sociale (bénéfice pour la société). Il s'agit de la première analyse de retour social sur investissement pour ce type d'intervention.

Jones C et al. *Dementia and Imagination: A Social Return on Investment Analysis Framework for Art Activities for People Living With Dementia*. *Gerontologist*, 23 novembre 2018. <https://academic.oup.com/gerontologist/advance-article/doi/10.1093/geront/gny147/5203293> (texte intégral).

Activités artistiques de stimulation cognitive : comment donner au bien-être une valeur monétaire ?

La mesure de l'impact social, qui consiste à attribuer une valeur monétaire à des bénéfices de nature sociale, est un domaine en développement rapide au Royaume-Uni. Pour attribuer une valeur monétaire aux bénéfices pour la société des activités artistiques de stimulation cognitive, les chercheurs du centre de développement de services pour la démence (DSDC) de l'Université de Bangor ont utilisé une méthode développée dans le domaine de l'habitat. En effet, la loi sur la valeur sociale des services publics de 2012 (*Public Services Social Value Act 2012*) exige des opérateurs de l'habitat qu'ils prennent en compte l'impact social de leurs réalisations. Une fédération d'associations britannique dédiée à l'innovation pour l'habitat (*HACT, Housing Associations' Charitable Trust*), a développé et mis à disposition des économistes du secteur une table de référence de valeurs sociales standardisées, avec l'aide de Daniel Fujiwara, de la *London School of Economics and Political Science*, spécialiste de la valorisation des biens et services non marchands. Ce modèle est fondé sur l'évaluation monétaire du bien-être des habitants, lié ou non à l'habitat. Ainsi, pour les personnes malades, l'amélioration de l'humeur après 50 ans est estimée à 20 323 livres/an/personne ; l'amélioration de la participation dans le domaine des arts à 2 424 livres/an/personne ; l'amélioration de la confiance en soi après 50 ans à 12 525 livres/an/personne : la réduction de l'isolement social par une amélioration du sentiment d'appartenance à 6 004 livres/an/personne. Ces valeurs monétaires ont été obtenues en demandant à un large panel d'habitants ce qu'ils seraient disposés à payer pour compenser une situation existante. Cette méthode, bien connue des économistes, permet de donner un « prix » à des préférences individuelles. Son application dans le champ de la démence est extrêmement rare.

Jones C et al. *Dementia and Imagination: A Social Return on Investment Analysis Framework for Art Activities for People Living With Dementia*. *Gerontologist*, 23 novembre 2018. <https://academic.oup.com/gerontologist/advance-article/doi/10.1093/geront/gny147/5203293> (texte intégral).

Fujiwara D. *The social impact of Housing Providers*. 2013. www.hact.org.uk/sites/default/files/uploads/Archives/2013/02/The%20Social%20Impact%20of%20Housing%20Providers%20report2013.pdf (texte intégral). Trotter L et al. *Measuring the Social Impact of Community Investment: A Guide to using the Wellbeing Valuation Approach*. Mars 2014. www.hact.org.uk/sites/default/files/uploads/Archives/2014/3/MeasuringSocialImpactHACT2014.pdf?sid=9120 (texte intégral).

Recherche sur la maladie – Prévention

L'activité physique peut protéger le cerveau

Le Pr Aron Buchman et ses collègues, du département des sciences neurologiques à l'Université *Rush* de Chicago (États-Unis), ont suivi, pendant 20 ans, 454 personnes vivant à domicile, âgées de 70 ans et plus, sans troubles cognitifs à l'inclusion. Tous les ans, des tests cognitifs et moteurs ont été réalisés. Vingt ans plus tard, 42 % étaient atteintes de démence. Les participants ont fait don de leur cerveau à la recherche après leur décès. L'âge moyen au décès était de 91 ans. Deux ans avant cet âge, les chercheurs ont équipé ces personnes, pendant une semaine, d'un accéléromètre de poignet pour mesurer leur activité

quotidienne. Le nombre moyen de mouvements quotidiens était de 180 000 chez les personnes sans troubles cognitifs et de 130 000 chez les personnes atteintes de démence. Des niveaux plus élevés d'activité quotidienne et de meilleures capacités motrices sont significativement associées à une meilleure cognition pendant les 2 dernières années de la vie. Pour les chercheurs, l'activité physique chez les personnes âgées peut apporter une réserve cognitive capable de s'opposer au déclin cognitif, quelle que soit la pathologie cérébrale sous-jacente. Il s'agit maintenant d'identifier les mécanismes moléculaires neuroprotecteurs induits par l'activité physique. L'exercice est un moyen peu coûteux d'améliorer la santé, et cette étude montre qu'il peut protéger le cerveau, concluent les chercheurs, qui précisent qu'aucun lien de cause à effet n'est démontré. Les personnes atteintes de troubles cognitifs font moins de mouvements, certes, mais il serait possible que lorsqu'elles perdent la mémoire et les capacités de réflexion, elles réduisent aussi leur activité physique. L'étude n'a pas mesuré non plus le niveau d'activité physique des participants durant le reste de leur vie et pas simplement les deux dernières années : on ne connaît pas l'influence de l'exercice pratiqué régulièrement depuis la jeunesse sur le déclin cognitif.

Buchman AS et al. *Physical activity, common brain pathologies and cognition in community-dwelling older adults*. *Neurology*, 16 janvier 2019.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30651386.

Exercice physique : les bases biologiques de la neuroprotection

Les mécanismes biologiques pouvant expliquer l'effet protecteur de l'exercice physique sur le cerveau sont encore peu connus. Ils impliquent en partie des changements dans l'utilisation de l'énergie par les neurones. Une hormone, l'irisine, produite par les muscles durant l'exercice, est abondante dans le cerveau de personnes sans troubles cognitifs, mais à peine détectable dans celui de personnes décédées avec une démence. Des chercheurs brésiliens et américains, menés par Mychael Lourenco, neurobiologiste à l'Institut de biochimie médicale à l'Université fédérale de Rio, viennent de montrer, chez la souris, qu'un faible niveau d'irisine dans le cerveau provoque des troubles de mémoire à long terme, ainsi que la reconnaissance de nouveaux objets. Un niveau élevé d'irisine permet au contraire aux neurones de former et renforcer de nouvelles synapses, ce qui améliore leurs performances cognitives.

Lourenço MV et al. *Exercise-linked FNDC5/irisin rescues synaptic plasticity and memory defects in Alzheimer's models*. *Nat Med*, 7 janvier 2019.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30617325.

www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/01/17/lirisine-induite-par-lexercice-physique-protège-la-mémoire-dans-la-maladie-dalzheimer_864966, 17 janvier 2019. www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/27985-Alzheimer-faire-sport-bon-retarder-declin-cerebral, 14 janvier 2019.

La fragilité physique modifie l'expression de la maladie d'Alzheimer

Certaines personnes chez qui ont été découverts à l'autopsie cérébrale d'importants dépôts de protéines amyloïdes et de neurofibrilles ne présentaient pas de signes cliniques de la maladie d'Alzheimer de leur vivant (8 % des cas). Chez d'autres, qui présentaient des signes cliniques objectifs de la maladie, peu de lésions cérébrales ont été observées à l'autopsie (11 % des cas). En d'autres termes, « les lésions biologiques de la maladie d'Alzheimer ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour causer les symptômes de la démence », écrivent dans *Lancet Neurology* le Pr Kenneth Rockwood, du département de médecine de l'Université *Dalhousie* à Halifax (Canada) et le Pr David Bennett, du département de sciences neurologiques de l'Université *Rush* de Chicago (États-Unis). Il existe d'autres facteurs de risque vasculaires, génétiques ou environnementaux. Les chercheurs ont suivi 456 personnes pendant 21 ans ; 53 % avaient un diagnostic de maladie d'Alzheimer possible ou probable à la dernière visite. Les participants ayant donné leur cerveau à la recherche, la maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée de façon formelle (non probabiliste) à l'autopsie. Les chercheurs ont fait l'hypothèse que la fragilité physique, qui partage de nombreux facteurs

de risque avec la maladie d'Alzheimer (inactivité physique, hypertension, obésité, diabète...), pourrait jouer un rôle clé dans l'histoire naturelle de la maladie d'Alzheimer. La fragilité est définie dans cette étude comme une accumulation de déficits (index de fragilité à 41 critères). La fragilité est associée à un risque de maladie d'Alzheimer multiplié par 1,7. Chez les personnes peu fragiles physiquement, les lésions cérébrales pathologiques de la maladie d'Alzheimer s'expriment moins sur le plan clinique.

Kenneth Rockwood, qui considère la fragilité comme un facteur de risque de déficit cognitif, explique ainsi le lien entre fragilité, lésions pathologiques, avancée en âge et survenue de la maladie : les dommages moléculaires et cellulaires liés au vieillissement s'accumulent au cours du temps, de façon microscopique, sans symptômes. La plupart des déficits de santé peuvent être associés à un déficit cognitif à la fin de la vie. Si ces dommages ne sont pas réparés par l'organisme ou par des interventions médicales ou de mode de vie, par exemple, ils s'accumuleront pour devenir détectables au niveau macroscopique et clinique, et seront appelés des maladies. L'intervention la plus importante pour réduire la fragilité physique et améliorer la cognition est l'exercice, qui a un effet direct sur la structure et la fonction du cerveau, à travers la formation de neurones, de vaisseaux, de synapses, et un effet indirect sur la cognition en agissant sur les facteurs de risque cardiovasculaires, la dépression, l'anxiété, le stress chronique, la nutrition et le sommeil (Searle SD et Rockwood K, 2015).

www.sciencedaily.com/releases/2019/01/190117192734.htm, 17 janvier 2019. Wallace LMK et al. *Investigation of frailty as a moderator of the relationship between neuropathology and dementia in Alzheimer's disease: a cross-sectional analysis of data from the Rush Memory and Aging Project*. *Lancet Neurol* 2019; 18(2): 177-184. 1^{er} février 2019. [www.thelancet.com/pdfs/journals/laneur/PIIS1474-4422\(18\)30371-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laneur/PIIS1474-4422(18)30371-5.pdf). Searle SD et Rockwood K. *Frailty and the risk of cognitive impairment*. *Alz Res Ther* 2015 ; 7: 54. 3 août 2015. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523015 (texte intégral).

Évaluer à la fois la fragilité physique et cognitive pour mieux identifier les personnes à risque de dépendance

La fragilité cognitive n'est pas définie de la même façon d'une étude à l'autre, mais plusieurs travaux soulignent l'intérêt d'évaluer à la fois la fragilité physique et la fragilité cognitive pour mieux identifier les personnes à risque de dépendance. Le syndrome du risque cognitivo-moteur (*motoric cognitive risk syndrome*) est caractérisé par la présence d'une vitesse de marche réduite (moins de 0,8 mètres par seconde sur une distance de 4 mètres) et de plaintes cognitives subjectives chez les personnes âgées. Les travaux scientifiques actuels suggèrent qu'il pourrait s'agir de signes précurseurs d'une démence, plusieurs décennies avant l'apparition d'un déficit cognitif (Chhetri JK et al., 2017). Une étude japonaise portant sur 4 235 personnes de 72 ans en moyenne, montre qu'un syndrome du risque cognitivo-moteur diagnostiqué chez 6,3 % des participants à l'inclusion. Après 29 mois, 3,3 % des participants ont développé une démence et 4,9 % une dépendance. La présence d'un syndrome du risque cognitivo-moteur est associée à un risque incident de démence multiplié par 2,5 [1,5 à 4,1] et un risque de dépendance multiplié par 1,7 [1,1 à 2,0] (Doi T et al, 2017). Les aires cérébrales associées à la marche recouvrent en partie celles associées à la cognition, notamment l'hippocampe, explique Jagadish Chhetri, du gérontopôle de Toulouse (Chhetri J et al, 2017), qui souligne l'intérêt d'une détection précoce d'un syndrome du risque cognitivo-moteur.

Aux États-Unis, Kenneth Covinsky et ses collègues, de la division de gériatrie de l'Université de Californie à San Francisco, ont suivi, pendant 2 ans, 7 338 personnes vivant à domicile, autonomes et sans troubles cognitifs à l'inclusion (cohorte *Health and Retirement Study*), montre que la combinaison de la fragilité physique et du déficit cognitif léger permet d'identifier des personnes à haut risque de dépendance pour les activités de base de la vie quotidienne dans les 8 ans (risque multiplié par 2,6 chez ces personnes). Au Japon, une étude menée par Kota Tsutsumimoto, du département de gérontologie préventive du centre national de gériatrie et de gérontologie à Obu, portant sur 10 202 personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, montre que la « fragilité cognitive », définie ici comme la combinaison d'un déficit cognitif et d'une fragilité physique, est associée à un risque doublé

de fracture en cas de chute. À Taïwan, le centre de recherche sur le vieillissement et la santé de l'Université nationale Yang Ming, dans une étude portant sur 678 personnes âgées de 65 ans et plus, montre que la perte de force musculaire est associée à un risque de mortalité multiplié par 5,4 et la fragilité cognitive, définie ici comme la perte de force musculaire combinée à la fragilité physique, à un risque de mortalité multiplié par 6,7 (Liu LK et al).

Aliberti MJR et al. *Assessing Risk for Adverse Outcomes in Older Adults: The Need to Include Both Physical Frailty and Cognition*. *J Am Geriatr Soc*, 23 novembre 2018. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30468258. Tsutsumimoto K et al. *Cognitive Frailty is Associated with Fall-Related Fracture among Older People*. *J Nutr Health Aging* 2018; 22(10): 1216-1220. Décembre 2018. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30498829. Liu LK et al. *Cognitive Frailty and Its Association with All-Cause Mortality Among Community-Dwelling Older Adults in Taiwan: Results from I-Lan Longitudinal Aging Study*. *Rejuvenation Res* 2018; 21(6): 510-517. Décembre 2018. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29644921. Chhetri JK et al. *Motoric Cognitive Risk Syndrome: Predictor of Dementia and Age-Related Negative Outcomes*. *Front Med* 2017; doi: 10.3389/fmed.2017.00166. 25 octobre 2017. www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2017.00166/full (texte intégral). Doi T et al. *Motoric Cognitive Risk Syndrome: Association with Incident Dementia and Disability*. *J Alzheimers Dis* 2017; 59(1): 77-84. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28582865.

Danser peut permettre de maintenir son autonomie à long terme et d'entretenir ses capacités physiques et cognitives

Yosuke Osuka et ses collègues, de l'équipe de recherche pour la promotion de l'autonomie des personnes âgées à l'Institut métropolitain de gérontologie à Tokyo (Japon), ont mené une étude prospective en population générale auprès de 1 003 femmes âgées vivant à domicile et autonomes à l'inclusion, suivies pendant 8 ans. A la fin de l'étude, 13 % sont devenues dépendantes pour les activités de base de la vie quotidienne. Les participantes pratiquant une activité de danse ont un risque réduit de 73 % de devenir dépendantes avec la progression de l'âge. Yosuke Osuka explique cet effet protecteur : la danse est une activité physique qui nécessite non seulement de l'équilibre, de la force et de l'endurance mais aussi des capacités cognitives : l'adaptabilité et la concentration pour bouger selon la musique et le partenaire, l'art d'exécuter des mouvements gracieux et fluides, et la mémoire de la chorégraphie. Ces différents éléments peuvent contribuer à la meilleure efficacité de la danse par rapport aux autres activités pour le maintien de l'autonomie.

Osuka Y et al. *Exercise type and activities of daily living disability in older women: An 8-year population-based cohort study*. *Scand J Med Sci Sports*, 18 décembre 2018. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30565317. www.ogpnews.com/2019/01/dancing-may-help-older-women-maintain-the-ability-to-perform-daily-tasks/36949, 7 janvier 2019. <http://blog-maison-retraite.maison-de-retraite-alzheimer.fr/repousser-le-declin-cognitif-grace-a-la-danse-cest-possible,6278>, 2 janvier 2019.

La prévention de la dépendance en établissement

Le Pr Bruno Vellas, coordonnateur du gérontopôle et responsable du centre mémoire de ressources et de recherches (CMRR) au CHU de Toulouse, président du conseil scientifique de la concertation Grand âge et autonomie, évoque deux orientations en terme de prévention de la dépendance. Tout d'abord, il lui semble important de pouvoir régler rapidement le problème de la dépendance acquise, notamment à l'hôpital, lors d'une hospitalisation d'une personne âgée fragile. En CHU, environ 60 % des patients gardent le même niveau d'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne entre leur entrée et leur sortie de l'hôpital, 20 % s'améliorent - sans doute par le fait qu'on a pu traiter une pathologie particulière - mais 20 % s'aggravent dont 12 % de façon sévère, sans qu'on ait une explication clinique. Il s'agit donc sans doute d'une dépendance nosocomiale [apparue lors de l'hospitalisation] ou iatrogène [provoquée par une action médicale] acquise à l'hôpital, alors qu'elle aurait dû être évitée. Pour le Pr Bruno Vellas, il faudra également réfléchir à la prévention avec les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées

dépendantes), qui ont la caractéristique d'être sur l'ensemble des territoires et qui souvent sont localement une des seules ressources dans le domaine de la médecine et de la gériatrie.

Le Journal du médecin coordonnateur, octobre-décembre 2018.

Les paramètres de la marche dans la prévention du risque de chute

Les personnes atteintes de démence chutent deux fois plus souvent que celles n'ayant pas de troubles cognitifs, rappellent Shirin Modarresi et ses collègues, du département de santé et réhabilitation de l'Université de *Western Ontario* (Canada), qui publient une revue de la littérature sur le sujet. Dans le cadre de la marche, les critères caractérisant un risque élevé de chute sont la variabilité du temps de double appui, l'utilisation d'aides à la mobilité, la marche à l'extérieur, et une diminution du périmètre de marche. Le risque de chutes récurrentes est associé à l'augmentation du temps de double appui et à une longueur irrégulière du pas. [Un cycle de marche complet comporte deux phases de double appui (réception et propulsion), avec les 2 pieds au contact du sol, une phase d'appui sur un pied et une phase oscillante où un pied n'est plus en contact avec le sol et qui permet d'avancer]. Modarresi S et al. *Gait parameters and characteristics associated with increased risk of falls in people with dementia: a systematic review*. *Int Psychogeriatr*, 6 décembre 2018. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30520404.

Recherche sur la maladie – Déterminants de la maladie

Résistance, vulnérabilité et résilience : le cervelet cognitif

Le cervelet est un centre régulateur de la fonction motrice au sens large (comprenant le mouvement, la posture et l'équilibre). Il est touché en dernier par les marqueurs du vieillissement cellulaire et pourrait avoir un rôle protecteur contre la neurodégénérescence. Lorsque les lésions de la maladie d'Alzheimer l'atteignent, comme dans les formes familiales (rares) de la maladie, chez des malades jeunes, la pathologie est plus sévère, rappellent Katharine Liang et Eric Carlson, du département de psychiatrie et des sciences du comportement de l'Université de Washington à Seattle (États-Unis). Le cervelet compare les représentations internes de l'information avec les perceptions du monde réel et informe de façon rétroactive les régions du cortex cérébral indispensables à la cognition, comme la mémoire de travail [capacité de retenir des informations à court terme, quelques secondes ou quelques minutes, pour réaliser des opérations cognitives telles que signaler un numéro de téléphone ou effectuer un calcul mental] et probablement les comportements orientés vers un but. Le « cervelet cognitif » est encore peu étudié, voire même ignoré, soulignent les auteurs.

Liang KJ et Carlson ES. *Resistance, vulnerability and resilience: a review of the cognitive cerebellum in aging and neurodegenerative diseases*. *Neurobiol Learn Mem*, 7 janvier 2019. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30630042.

Maladie d'Alzheimer préclinique : prévalence et risque de progression

La longue période asymptomatique de la maladie d'Alzheimer, qui commence plusieurs années avant l'apparition des premiers signes, comprend trois stades, selon les critères de l'Institut national du vieillissement et de l'Association Alzheimer américaine (NIA-AA) rappellent Lucilla Parnetti et ses collègues, du centre des troubles de la mémoire de l'Université de Pérouse (Italie), qui publient une méta-analyse des données disponibles. La prévalence estimée de la maladie d'Alzheimer préclinique est de 22 % [elle est présente à l'état latent chez une personne sur cinq]. Le risque de progression varie de 20 % au stade 1, à 38 % au stade 2 et à 73 % au stade 3.

Parnetti L et al. *Prevalence and risk of progression of preclinical Alzheimer's disease stages: a systematic review and meta-analysis*. *Alz Res Ther*, 15 janvier 2019. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6334406/ (texte intégral).

Associer l'exercice physique et la stimulation cognitive sur jeu vidéo : une intervention efficace

L'*exergaming* permet d'associer, dans une seule séance, des exercices physiques et des tâches cognitives, proposées via un jeu vidéo. Aux Pays-Bas, l'équipe de Roy Kessels, de l'Institut de la cognition et du comportement de l'Université *Radboud* à Nimègue, a mené un essai contrôlé et randomisé comparant un entraînement sur *exergame*, un entraînement physique aérobie et une intervention témoin comprenant des exercices de relaxation et de flexibilité. Chacune des interventions était réalisée individuellement, 3 fois par semaine pendant 12 semaines, avec un suivi neuropsychologique à 24 semaines évaluant la fonction exécutive [fonctions cognitives qui permettent d'atteindre des objectifs en contrôlant son comportement, qui permettent de sortir des habitudes, prendre des décisions et évaluer les risques, planifier l'avenir, prioriser des actions et faire face à des situations nouvelles], la mémoire épisodique [mémoire consciente, explicite, qui permet de se rappeler d'évènements passés et de prévoir ceux à venir], la mémoire de travail [capacité de retenir des informations à court terme, quelques secondes ou quelques minutes, pour réaliser des opérations cognitives sur ces informations telles que signaler un numéro de téléphone ou effectuer un calcul mental] et la vitesse psychomotrice [capacité à répondre à une modification rapide de l'environnement, comme la présence d'un stimulus]. Les chercheurs ont inclus 115 personnes atteintes de démence, âgées en moyenne de 79 ans, avec un score cognitif moyen de 22,9/30 au test MMSE (mini-mental state examination). La vitesse psychomotrice est significativement augmentée chez les participants ayant eu un entraînement sur *exergame* et chez ceux ayant fait de l'exercice physique. L'effet est modéré. Les chercheurs n'observent aucune différence significative entre les groupes pour la fonction exécutive, la mémoire épisodique et la mémoire de travail.

Karssemeijer EGA et al. *The quest for synergy between physical exercise and cognitive stimulation via exergaming in people with dementia: a randomized controlled trial.* *Alzheimers Res Ther*, 5 janvier 2019.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320611/pdf/13195_2018_Article_454.pdf (texte intégral).

Jeux vidéo : quelle efficacité dans la prévention du déclin cognitif ?

Jesús Antonio García-Casal, du département de psychologie clinique et psychobiologie de l'Université de Saint-Jacques-de-Compostelle (Espagne), et ses collègues, publient une méta-analyse de 13 essais cliniques contrôlés et randomisés évaluant l'efficacité des interventions utilisant les jeux vidéo dans la prévention du déclin cognitif. Au total, 330 participants ont été inclus dans le groupe interventionnel et 340 dans le groupe témoin. L'utilisation d'un jeu vidéo est associée significativement à l'augmentation de la vitesse de traitement de l'information. Cet effet est modeste.

Vázquez FL et al. *Efficacy of video game-based interventions for active aging. A systematic literature review and meta-analysis.* *PLoS ONE* 13(12): e0208192. Décembre 2018.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208192> (texte intégral).

Cercle d'utilisateurs

Le Cercle de la démence (*Dementia Circle*) est un service d'Alzheimer Ecosse, qui repère, teste et partage des solutions d'assistance technologique visant à aider les personnes atteintes de démence à rester à leur domicile le plus longtemps possible. Les produits sont testés par les aidants familiaux de personnes ayant un diagnostic de démence, et leur avis est partagé sur un site Internet. L'association est indépendante des fabricants. Des vidéos sont proposées pour montrer le fonctionnement des appareils.

www.dementiacircle.org, 21 janvier 2018

Des vêtements connectés pour améliorer la sécurité des personnes malades

Suzana Uran et Jelka Geršak, du laboratoire des systèmes cognitifs en mécatronique à l'Université de Maribor (Slovénie), s'intéressent à l'intégration d'un système de détection des chutes dans les vêtements. La difficulté technique est l'alimentation électrique de ce système. Les chercheurs ont opté pour une technologie adaptée à un pantalon de femme, doté d'accéléromètres et de batteries imprimées cousues dans la partie lombaire de la ceinture. Selon la taille de la personne, la surface de la batterie va de 416 à 660 cm², ce qui correspond à une autonomie pouvant atteindre 90 heures.

Uran S et Geršak J. *Smart clothing to increase safety of people with dementia. 18th World Textile Conference (AUTEX 2018)*. Istanbul, 20-22 juin 2018. *IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering* 2018; 460: 012047. Décembre 2018.

<http://iopscience.iop.org/article/10.1088/1757-899X/460/1/012047/pdf> (texte intégral).

Repères – Politiques

Presse nationale

Financement de la dépendance : les mesures pour les gilets jaunes priveront-elles le secteur du financement attendu ?

Luc Broussy, directeur de la publication d'*EHPA Presse*, constate : « les malaises exprimés par les gilets jaunes sont souvent ceux qui caractérisent les salariés du médico-social : petits salaires, difficultés pour boucler les fins de mois, situation des familles monoparentales, obligation de prendre la voiture pour aller travailler, difficulté de la vie en milieu périurbain ou en milieu semi-rural. À l'évidence, le gilet jaune peut se porter cet hiver avec une blouse blanche. » Ingrid Levavasseur, tête de liste du Ralliement d'initiative citoyenne aux élections européennes du 26 mai 2019, est aide-soignante.

Luc Broussy s'inquiète du financement de la grande réforme de la dépendance, qui pourrait être remis en question par les nouveaux choix budgétaires envisagés par le gouvernement pour sortir de la crise. Le grand débat national lancé dans toutes les mairies de France fera-t-il remonter la question du vieillissement parmi les priorités nécessaires ? s'interroge-t-il. Ce n'est que lors des prochains mois que l'on saura « si les gilets jaunes ont encouragé ou au contraire ont tué la loi Grand âge. »

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé que les mesures d'urgence annoncées le 10 décembre 2018 pour répondre à la crise des « gilets jaunes » vont coûter 2,6 milliards d'euros à la Sécurité sociale en 2019 : les comptes du régime général seront déficitaires de 2,5 milliards d'euros, alors que la loi de financement adoptée en novembre 2018 prévoyait un léger excédent.

Mensuel des Maisons de retraite, décembre 2018. www.lesechos.fr/economie-france/social/0600562522482-buzyn-ne-vise-plus-lequilibre-de-la-securite-sociale-en-2019-2238451.php, 23 janvier 2019.

Financement des EHPAD : les mesures prévues en 2019

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, rappelle qu'en 2019, 10 millions d'euros seront consacrés à la poursuite de la généralisation des astreintes infirmières de nuit, tandis que 20 millions seront de nouveau mobilisés pour améliorer la coordination des soins en EHPAD. Le renforcement de la prévention de la perte d'autonomie se traduira en 2019 par l'octroi de 30 millions d'euros dédiés au financement des actes de prévention en établissement. Enfin, un plan de soutien à l'investissement sera déployé à partir de 2019, à hauteur de 100 millions par an, pour accompagner la modernisation des établissements et le cadre de vie des résidents, tout en limitant le reste à charge.

Pour Bernard Bonne, sénateur (Les Républicains) de la Loire, il faut trouver des solutions qui ne sont pas que budgétaires : « il existe trois tarifs différents dans les EHPAD (soins, hébergement, dépendance) avec des autorités de contrôle différentes. Ces procédures doivent être simplifiées et assouplies. Il faut encourager les propositions et expérimentations

à l'initiative des acteurs locaux et permettre le libre choix des personnes âgées. La prévention et le soutien aux aidants familiaux sont essentiels ».

Direction(s), Géroscope pour les décideurs en gérontologie, janvier 2019.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 : le rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Le rapport a été adopté par le Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA, placé auprès de Premier ministre) dans le cadre d'une saisine de la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn. L'horizon choisi, 2030, se situe à une période charnière, où les premières générations du baby-boom arriveront à l'âge de 85 ans, âge moyen d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans un premier temps, le rapport dresse un état des lieux de la situation des personnes âgées en perte d'autonomie : état de santé, modalités d'accompagnement et systèmes de soins proposés dans leurs différents lieux de vie (domicile, habitat alternatif, établissement). Dans un second temps, le rapport identifie les grandes tendances et les enjeux à l'horizon 2030, notamment : une augmentation de la demande de soins et du nombre de personnes ayant un besoin d'aide à l'autonomie (+24 % de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA), ; la progression à cette date du potentiel démographique des proches aidants ; le souhait vraisemblablement majoritaire des français de rester à leur domicile ; la poursuite du développement à un rythme soutenu des formes alternatives d'habitat ; le développement de modèles innovants d'EHPAD ouverts sur l'extérieur et sur le domicile ; la question de l'attractivité des métiers sociaux, médicosociaux et du soin, et de l'amélioration des conditions de travail. Le rapport préconise : de renforcer le soutien à domicile, de favoriser le développement de l'habitat alternatif tel que les résidences collectives et les habitats inclusifs, d'améliorer la qualité de vie au domicile et dans les EHPAD et de valoriser l'image de ces établissements auprès des futurs résidents, de mener une politique multidimensionnelle de prévention de la perte d'autonomie sur le long terme, notamment de prévention de l'isolement et de repérage de la fragilité...

www.strategie.gouv.fr/publications/soutien-lautonomie-agees-lhorizon-2030, 8 janvier 2019. Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Conseil de l'âge. *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*. Rapport adopté le 7 novembre 2018.

www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisine_personnes_agees_2030_tome_1vf.pdf (Tome 1 : état des lieux. Texte intégral).

www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisine_personnes_agees_2030_synthese_tome_1_vf.pdf (Tome 1 : état des lieux. Synthèse)

www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisine_personnes_agees_2030_tome_2_vf.pdf (Tome 2 : orientations. Texte intégral).

www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisine_personnes_agees_2030_synthese_tome_2_vf.pdf (Tome 2 : orientations. Synthèse).

Concertation Grand âge et autonomie : les points de convergence

Dominique Libault, pilote de la concertation Grand âge et autonomie, qui doit rendre ses conclusions le 4 février 2019, a fait un point à mi-parcours avec les dix ateliers. Il évoque de nombreux points de convergence sur le diagnostic : le manque d'attractivité des métiers, notamment pour les professions d'auxiliaire de vie et d'aide-soignant ; le souhait des personnes âgées de se sentir davantage chez elles, quel que soit le mode d'accompagnement ou d'hébergement ; l'inclusion, avec la volonté de rester le plus longtemps possible au sein de la société et en lien avec elle ; le pilotage par la qualité, qui part du constat d'une hétérogénéité de situations et qui nécessite des systèmes d'information adaptés et interopérables. Il est encore trop tôt pour connaître les montants et les différents scénarios de financement. « Personne n'imagine qu'il n'y ait pas un socle de solidarité nationale fort sur ce sujet de la perte d'autonomie », déclare Dominique Libault. En ce qui concerne les formes d'hébergement, « il y a besoin d'une offre plus graduée que celle qui existe

actuellement, et notamment de propositions intermédiaires entre le strict maintien à domicile et l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). » *Hospimédia*, 4 janvier 2019.

Concertation Grand âge et autonomie : le repérage des fragilités pour un vieillissement réussi

Le Pr Bruno Vellas a introduit et développé en France le concept de fragilité. Or les politiques publiques demeurent très centrées sur les personnes âgées déjà en perte d'autonomie, constate le *Journal du médecin coordonnateur*. Le Pr Vellas rappelle que la gériatrie a été créée il y a une quarantaine d'années, « non pas parce qu'on avait anticipé le vieillissement de la population, mais parce que des personnes âgées dépendantes, souvent atteintes de démence sévères, ont été hospitalisées dans des services d'urgence des hôpitaux et que personne ne savait, ne voulait ou ne pouvait s'en occuper. Nous avons créé des longs séjours, puis des moyens séjours et enfin des courts séjours aboutissant à toute une filière gériatrique qui, en incluant les EHPAD, est devenue considérable. Or 95 % des forces de cette filière sont dédiées à des personnes à un stade déjà dépendant et bien souvent irréversible. Il est bien sûr essentiel de continuer à s'occuper de ces patients, mais il faut aussi savoir mettre en œuvre des actions de prévention. » Le Pr Vellas fait un parallèle avec l'oncologie, née à la même époque que la gériatrie, qui a commencé avec des patients atteints de cancers généralisés métastatiques, puis qui a su agir avec succès au stade précoce en repérant les cancers débutants. Il faut que la gériatrie puisse aller au stade précoce. L'un des premiers stades est la fragilité, avec des sujets qui ont les critères de Fried : perte de poids, ralentissement de la marche, isolement social, grande fatigue, diminution de la force musculaire. Il est essentiel de rechercher les causes de cette fragilité pour les traiter, mettre en place des interventions multi-domaines avec de l'exercice physique, de la nutrition, des aides sociales pour éviter à ces sujets de devenir dépendants et de les remettre dans une trajectoire de vieillissement réussi.

Le Journal du médecin coordonnateur, octobre-décembre 2018.

L'entrée des personnes âgées en structure d'accueil

Le *Crédoc* (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) a réalisé une enquête auprès de 2 000 personnes ne résidant pas en établissement d'hébergement, pour *AG2R La Mondiale*, le groupe Caisse des dépôts et le *think tank Terra Nova*. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est associée à une perte d'autonomie et de choix dans 8 cas sur 10 : pour des résidents soumis aux contraintes de la vie collective (horaires, repas...), la prise en charge par des professionnels peut s'accompagner d'un déclin de la capacité à accomplir soi-même un certain nombre de tâches ou de gestes. En ce qui concerne la sélection de l'EHPAD, la proximité géographique avec le domicile est le premier critère (60 % des sondés), suivi de la présence de services médicaux dans l'établissement. Le coût n'apparaît comme un facteur décisif que pour 19 % des répondants. Le coût n'est pas un critère pris en compte chez les familles les plus modestes, qui considèrent que cette solution est au-dessus de leurs moyens.

Le Mensuel des maisons de retraite, décembre 2018. *Terra Nova*, *Crédoc*, *AG2R La Mondiale*, Groupe *Caisse des dépôts*. *L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structure d'accueil*. Synthèse. 1^{er} octobre 2018.

http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/628/original/Note_Terra-Nova_Cr_doc_AGR2LAMONDIALE_Groupe-CDC_Personnes-ag_es_011018.pdf?1538139472

(texte intégral).

Concertation Grand âge et autonomie : les propositions des établissements

Jean-Alain Margarit, président du SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées) défend l'idée d'une offre d'accompagnement globale donnant du sens à la notion de parcours : que le domicile occupe une place essentielle, que les résidences services seniors soient pleinement légitimées et que l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) devienne une grande

plateforme de services. Il milite pour un décloisonnement de l'offre d'accompagnement et de soins pour avoir des autorisations multi-activités. En ce qui concerne la pénurie de personnels, le SYNERPA souhaite que l'État s'engage, via une démarche interministérielle entre les ministères de la Santé, de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, pour lancer une grande campagne de recrutement montrant les différentes possibilités et opportunités de carrière et de formation dans les établissements. Il appelle à la mise en place de formations spécifiques intégrées dans la formation initiale, à la dynamisation de la valorisation des acquis de l'expérience et à la création d'un métier intermédiaire entre celui d'aide-soignant et celui d'infirmier.

Le Mensuel des maisons de retraite, décembre 2018. Synerpa. Horizon 2030. www.synerpa.fr/pdf/plateforme2030/files/assets/common/downloads/HORIZON%202030%20-%20Plateforme%20du%20SYNERPA.pdf (texte intégral).

Concertation Grand âge et autonomie : les propositions de la Mutualité française

La Mutualité française propose 21 pistes d'action systémiques « pour adapter notre modèle social à une société de vie longue, dans un contexte où la révolution de l'âge paraît déjà amorcée. » Ces propositions s'articulent autour de quatre axes : 1/ La personne âgée doit pouvoir exercer sa liberté de choix, en lui garantissant le plus longtemps possible l'accès à une solution d'accompagnement à domicile alternative à la prise en charge en établissement ; 2/ Chacun doit pouvoir préserver son capital autonomie, en formant tous les professionnels à la prévention et au repérage de la fragilité des personnes âgées ; 3/ Les aidants doivent être reconnus et leur rôle soutenu, en leur assurant notamment un droit au répit et une meilleure conciliation vie familiale-vie professionnelle ; 4/ Les restes à charge doivent diminuer, grâce à un socle renforcé de solidarité et une tarification de l'accompagnement et de l'hébergement plus équitable.

www.mutualite.fr/content/uploads/2018/12/Grd-age-Autonomie.pdf, 20 décembre 2018.

Concertation Grand âge et autonomie : les propositions de la CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie appelle à réfléchir sur « l'EHPAD domiciliaire ». Pour la présidente Marie-Anne Montchamp, il ne s'agit pas de transporter l'EHPAD hors les murs, mais de savoir « comment la mutualisation de la réponse peut être conciliée avec la préservation d'un "chez soi" », où puisse s'affirmer la pleine et entière citoyenneté de la personne jusqu'à la dernière seconde de sa vie, quels que soient son âge, son handicap, son état de santé et son lieu de vie. Cela impliquera de se pencher sur l'articulation entre liberté et sécurité. L'affirmation du libre choix impliquera de chercher l'expression directe de la personne et de ses proches, avec des référentiels à intégrer dans la formation du personnel. En ce qui concerne les financements, la complexité vient du fait qu'il faut « agréger des morceaux de réponse et des morceaux de financement aujourd'hui hétérogènes » : famille, vieillesse, maladie, autonomie.

Gérontonews, 19 décembre 2018. www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/conseil-de-la-cnsa-un-fonctionnement-dynamise, 21 décembre 2018.

Presse internationale

Brexit : quels effets sur la recherche britannique sur la démence ?

L'Institut de recherche britannique sur la démence, un centre d'excellence lancé en novembre 2015, représente un budget de 250 millions de livres (282 millions d'euros), apporté par trois partenaires fondateurs : un organisme public, le *Medical Research Council* (organisme public, 150 millions de livres), et deux associations : la Société Alzheimer britannique (50 millions de livres) et *Alzheimer's Research UK*. Avec ce financement conséquent, le centre, qui coordonne les efforts de recherche de six autres centres britanniques, emploie déjà 250 chercheurs, et avait l'intention d'arriver à un effectif de 700 pour devenir un centre de référence mondial. Mais le *Brexit* remet en cause cette ambition, en entraînant des difficultés de financement et de recrutement majeures. « Le pays est devenu en deux ans anti-européen, anti-international », relate le neurobiologiste belge Bart

de Strooper, directeur de l'Institut, qui n'arrive plus à obtenir de visas pour faire venir les meilleurs chercheurs du monde entier. Le Royaume-Uni était l'un des premiers bénéficiaires des fonds de recherche européens, qui excédaient largement les budgets publics : ainsi, de 2007 à 2013, la Grande-Bretagne a investi 5,4 milliards d'euros dans la recherche, le développement et l'innovation, et a reçu durant la même période 8,8 milliards d'euros de subventions européennes pour la recherche. Un *Brexit* dur ne permettra plus aux équipes de recherche britanniques d'accéder à ces financements européens. Bart de Strooper est inquiet. Pourra-t-il lui-même rester à la tête de cet Institut en tant qu'étranger ? www.theguardian.com/society/2019/jan/20/bart-de-strooper-uk-dementia-research-institute-biologist-brexit-fears, 20 janvier 2019.

Initiatives

EHPAD de demain : l'expérimentation d'un panier de prestations coordonnées à domicile
Piloté par l'Agence régionale de santé (ARS) *Pays de la Loire*, le plan d'accompagnement à la transformation des EHPAD (PACT EHPAD), mis en œuvre en concertation avec les départements et des représentants du secteur médico-social, a pour ambition d'expérimenter de nouveaux modèles organisationnels et fonctionnels, en réponse à l'évolution des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, explique Delphine Martineau, responsable du département Parcours des personnes âgées de l'ARS. L'EHPAD ne doit plus être considéré isolément au sein d'un territoire, mais comme partie prenante d'une offre territorialisée graduée, de proximité, œuvrant en réseau au profit d'une part de parcours de vie et de soins fluides et réactifs, et d'autre part de parcours professionnels. Suite à une réflexion régionale relative à l'EHPAD de demain, l'ARS engagera en 2019, en concertation avec ses partenaires, des expérimentations de dispositifs innovants de vie à domicile permettant aux personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier d'un panier de prestations coordonnées, adaptées et évolutives d'un niveau équivalent à celui d'un EHPAD, sans y être hébergées. Ces dispositifs, dont le modèle organisationnel devra être adapté aux réalités du territoire, s'appuieront sur les ressources territoriales. Porteurs de prestations multiples (médicales et paramédicales, hôtelières, animation), les EHPAD s'inscrivent naturellement dans ces dispositifs, en tant qu'experts ou prestataires, souligne Delphine Martineau.

Gérosopie pour les décideurs en gérontologie, janvier 2019.

Troubles du comportement aigus : activités de thérapie comportementales en urgence
Même avec des organisations adaptées et des équipes formées, il n'est pas toujours possible d'éviter toutes les situations aiguës, écrivent Stéphane Hédont, de l'équipe de management de la qualité des soins du groupe *Korian*, et ses collègues de la Fondation pour le Bien vieillir *Korian* et du pôle d'information médicale du centre hospitalier de Troyes (Aube). La planification des situations d'urgence permet de diminuer le délai d'intervention et limite le retentissement sur le résident. Cela laisse le temps d'agir avant que l'utilisation des thérapies médicamenteuses, plus risquées sur le plan des effets secondaires, ne devienne inévitable. L'équipe a mis en place un « chariot d'urgence des troubles du comportement aigus ». Inspiré des chariots d'urgence vitale des hôpitaux, mais sans les médicaments, il permet de fournir tout le matériel nécessaire à l'intervention rapide d'une équipe soignante sur une situation urgente, pour répondre à tout type de situation de troubles du comportement de manière précoce. Il s'agit de « dévier l'attention fixée sur un stimulus négatif, source d'angoisse, de stress ou d'anxiété par une stimulation récréative et plaisante permettant de lever des troubles du comportement et ce dès lors que la cause n'est pas somatique (douleur, inconfort, rétention urinaire, fièvre...) ou qu'une explication rationnelle ne peut fonctionner ». Le chariot permet de réaliser une dizaine d'« activités flash » de thérapie comportementale pour apaiser la détresse du résident avant que celle-ci ne nécessite des neuroleptiques : réminiscence (planches de photographies connues sur la période de vie des résidents accompagnés) ; récupération mnésique (journaux et magazines

récents) ; intervention sensorielle de bien-être (huile de massage, lingettes rafraichissantes, crème) ; praxies (pâte à modeler, emporte pièces, feutres lavables et feuilles) ; intervention sur l'environnement (promenade dans le cas des troubles du comportement à type déambulations et sortie inopportune) ; médiation par la musique (lecteur de musique, douche musicale, fauteuil œuf musical, contenus de musique divers, musique d'ambiance relaxante (nature, mer, rivières...) ; médiation praxique (coussin, balles de mousse...) ; médiation d'empathie (poupée d'empathie) ; médiation sensorielle (balles Snoezelen) ; thérapie par le jeu.

Hédont S et al. *Thérapeutiques non médicamenteuses et troubles neuropsychologiques en institution. Soins Gérontol* 2018 ; 134. Novembre-décembre 2018.

www.em-consulte.com/article/1258466/article/therapeutiques-non-medicamenteuses-et-troubles-neu.

Impact de la musique et de la rythmique sur l'induction motrice

Une activité physique adaptée, notamment fondée sur la rythmique, améliore non seulement les capacités d'équilibre mais aussi la cognition, la qualité de vie et la participation sociale des personnes. Nathalie Valette, enseignante en activités physiques adaptées à l'association *Mavie* et Marie Sueur, musicothérapeute au centre thérapeutique *Ciel bleu* de Montpellier, qui interviennent auprès de personnes atteintes de troubles cognitifs en accueil de jour. Les deux professionnelles se sont intéressées aux difficultés à initier un mouvement, à la lenteur des mouvements, à distinguer la droite de la gauche, aux représentations motrices des gestes, qui restent impossibles à reproduire. Lors des séances, l'accompagnement du mouvement par une musique appropriée, commencée par un musicothérapeute, influence la réalisation de l'exercice. L'équipe constate, chez certaines personnes, une précipitation dans l'exécution du mouvement et, chez d'autres, des lenteurs d'exécution ainsi que des amplitudes de gestes limités. Le soutien musical au mouvement, guidé par le musicothérapeute, est primordial car il s'adapte aux mouvements et aux capacités de chacun. La musique permet de détecter la peur de l'échec face à l'exercice : les tâches demandées sont alors mieux exécutées. Au niveau psychomoteur, des capacités motrices, telles que la coordination ou l'équilibre, sont révélées ou retrouvées. Les mouvements deviennent plus fluides. Cet aspect semble amplifié lors d'un accompagnement musical de type valse ou tango. Ce dernier fait appel à la mémoire procédurale (mémoire inconsciente de gestes habituels ou d'habiletés sensorimotrices). Un rythme bien marqué, joué à la *darbouka* [tambour en poterie, tendu d'une peau que l'on frappe avec les mains, utilisé au Maghreb et au Moyen-Orient], permet d'impulser le mouvement. Des rythmes de danse connus restent longtemps ancrés en mémoire.

Doc'Alzheimer, octobre-décembre 2018.

Clown émotionnel

Rozenn Boutemy, ancienne aide médico-psychologique en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), bénévole en unité Alzheimer depuis plusieurs années, a décidé d'endosser le costume de « clown émotionnel ». « Aller dans les unités Alzheimer et entrer dans le monde des malades, c'est mon bonheur » explique-t-elle. Il lui faut une demi-heure pour se transformer et entrer dans son personnage. « Je deviens Séraphine et je change de voix. Dans la vie, je ne suis pas drôle. Séraphine me permet d'oser. De toucher et de parler. C'est important de changer d'identité ». Elle cherche le regard de ces personnes en rupture, elle tente « d'allumer la lumière dans leur tête. Ensuite il faut l'entretenir et laisser les clefs pour les équipes soignantes ».

www.ouest-france.fr/bretagne/rennes-35000/rennes-seraphine-fait-le-clown-pour-soigner-6144864, 21 décembre 2018.

Pourquoi l'habitat inclusif peine à décoller en France

Ce mode alternatif de résidence se situe entre le domicile et la maison de retraite et fournit à des personnes isolées, dépendantes ou non, un moyen de vivre dans un « chez soi » collectif, explique Alexandre Faure, fondateur de *Sweet Home*, média d'information

consacré à la promotion de solutions visant à lutter contre la perte d'autonomie. L'habitat inclusif présente trois avantages : financier (moins coûteux que l'EHPAD, ce lieu de vie sur mesure utilise peu d'espaces partagés et de personnel hôtelier) ; en termes de vie sociale (c'est un collectif de résidents) ; en termes de mutualisation des professionnels. Cependant, avec 300 à 400 habitats inclusifs, dont 40 % pour les personnes âgées, cette formule peine à décoller en France. Alexandre Faure voit trois freins : la culture nationale, la difficulté de mise en œuvre et le manque de communication. Selon lui, l'habitat inclusif s'inspire du cohabitat, mode d'habitat partagé inventé il y a 50 ans en Scandinavie. Au Danemark, 10 % de la population vit aujourd'hui en cohabitat. Ce mode de vie en petites communautés intergénérationnelles est une relecture de l'habitat rural qui fut la norme en Europe jusqu'à la révolution industrielle. Ce mode de vie implique le partage des tâches et des loisirs, des logements de petite taille, et un espace majoritairement collectif. Les personnes âgées françaises n'ont pas nécessairement envie de souscrire à ce mode de vie. Quant à la mise en œuvre, les ministères concernés (Transition écologique et solidaire, Cohésion des territoires, Solidarités et Santé) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont publié un guide de 69 pages pour aider les porteurs de projet à lever les obstacles administratifs. Mais la mise en œuvre est difficile : le projet se co-construit avec les résidents ; la charge de l'animation des réunions de suivi du projet est un poste à part entière dans les projets d'habitat inclusif : il faut un animateur aguerri pour sortir des conflits tels que l'admission des animaux de compagnie, la présence d'une kitchenette ou l'ouverture de la résidence à des habitants « non vieux ». Un projet de construction d'habitat inclusif prend plusieurs années, et il est difficile de conserver le groupe de départ jusqu'à la fin du projet. Enfin, la communication sur les habitats inclusifs, surtout développée par des bailleurs sociaux et des collectifs privés, est quasi inexistante.

Le Mensuel des maisons de retraite, novembre 2018. Ministère de la Transition écologique et solidaire, ministère de la Cohésion des territoires, ministère des Solidarités et de la Santé, Secrétariat d'État chargé des Personnes handicapées, Direction générale de la cohésion sociale, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. *Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées*. Novembre 2017. www.cnsa.fr/documentation/guide-de-l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf (texte intégral).

Colocation intergénérationnelle : des étudiants qui habitent en maison de retraite

Quelques milliers d'étudiants habitent chez un senior afin de leur apporter une présence en échange d'un loyer gratuit ou modéré. Cela permet, dans les grandes métropoles, d'apporter une solution à de jeunes étudiants n'ayant pas les moyens de payer un loyer dans le secteur privé traditionnel, écrit Sylvie Lecherbonnier, du *Monde*. La ville de Montpellier propose, depuis la rentrée 2018, des logements étudiants en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), dans d'anciens appartements de fonction rénovés pour y accueillir des colocations étudiantes. En échange d'un loyer modéré, les jeunes doivent animer des ateliers dans l'EHPAD au minimum trois heures par semaine. Pour cette première année, 11 étudiants ont été sélectionnés parmi une cinquantaine de candidats. Iris Flécheau, étudiante en première année d'école d'assistante de service social, partage un appartement de 96 m² attenant à l'EHPAD avec deux autres étudiantes et paie 220 euros mensuels, hors APL (aide personnalisée au logement). En contrepartie, elle se rend dans l'établissement une fois par semaine pour animer un atelier *Skype* (vidéo-conférence sur Internet) et permettre aux résidents de contacter leurs proches. « Ils sont très demandeurs. Ils ont notre planning affiché dans l'ascenseur et attendent notre venue. J'appréhendais au départ mais le contact s'est noué naturellement », confie la jeune femme, qui n'a pas pour autant l'impression d'habiter dans l'EHPAD, le logement étant bien séparé. Après trois mois, Iris Flécheau assure avoir fait de « superbes rencontres ». « On nous dit de garder nos distances mais une proximité affective se crée obligatoirement ». La colocation intergénérationnelle reste un mode d'habitat encore confidentiel en France.

www.lemonde.fr/campus/article/2018/12/26/vivre-en-ehpad-ou-chez-des-seniors-une-solution-pour-certains-etudiants_5402231_4401467.html, 26 décembre 2018.

Représentations de la maladie – Médias grand public

L'accompagnement de la maladie d'Alzheimer dans le grand débat national

Le président de la République Emmanuel Macron a dialogué pendant une heure avec les personnes âgées qui fréquentent l'accueil de jour *Le Clos de l'Hermitage* à Bourg-de-Péage (Drôme), le personnel et les jeunes en service civique qui les accompagnent. Les discussions ont notamment porté sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Une vidéo est diffusée sur la chaîne *Youtube* d'Emmanuel Macron. [Le service civique s'adresse à tous les jeunes de 16 à 25 ans ; c'est un engagement volontaire d'une durée de 6 à 12 mois, pour l'accomplissement d'une mission d'intérêt général dans l'un des neuf domaines d'interventions reconnus prioritaires pour la Nation, dont la solidarité et la santé. Une indemnité de 472 € nets est prise en charge par l'État, et un soutien complémentaire, en nature ou argent, pris en charge par l'organisme d'accueil ; la protection sociale est financée par l'État].

De son côté, le secrétaire d'État au Numérique Mounir Mahjoubi a suivi pendant une journée Céline Gravade, une auxiliaire de vie sociale spécialisée dans l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de personnes handicapées, pour mieux comprendre son quotidien. Ils s'étaient rencontrés début décembre sur un plateau de télévision. Elle lui a confié ses difficultés à boucler les fins de mois, et montré la complexité administrative de l'accompagnement. Elle est décidée à participer au grand débat national : « S'il peut porter tout ça là-bas, ce sera bien ».

www.youtube.com/watch?v=SRjYOW1ieeQ, www.service-civique.gouv.fr, 24 janvier 2019.
www.franceinter.fr/politique/quand-mounir-mahjoubi-la-joue-vis-ma-vie-de-gilet-jaune-a-frejus, 12 janvier 2019. www.europe1.fr/politique/mounir-mahjoubi-en-immersion-pour-une-journee-avec-une-gilet-jaune-du-var-3836987, 11 janvier 2019.

Représentations de la maladie – Art et culture

Théâtre

Un scénario esquissé sur le thème de l'évasion, par les résidents du PASA de Luynes

Frédéric Darbon, metteur en scène de la pièce et président de la troupe amateur *L'Escapade* à Luynes (Indre-et-Loire), a fait monter sur les planches, pendant une heure, douze résidents de l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de Luynes (Indre-et-Loire). Dix mois de préparation ont été nécessaires. Atteints de la maladie d'Alzheimer, ces acteurs en herbe âgés de 80 à 97 ans ont enchaîné les répétitions au sein du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), une unité d'accueil de jour pour les résidents de l'EHPAD, où sont dispensées des thérapies non-médicamenteuses. « Le théâtre est un autre moyen de traiter les effets de la maladie, en douceur, via le mime et les jeux de rôle notamment, mais avec efficacité », écrit Julien Coquet, de *La Nouvelle République*. Les aides-soignantes constatent une diminution des troubles du comportement chez ces résidents depuis les séances de théâtre, se réjouit Alix Launay, neuropsychologue : grâce à la comédie, « ce sont des mois gagnés sur la pathologie ». Déplacement dans l'espace, activité physique, apprentissage du texte... Le fil conducteur s'annonçait exigeant pour les membres de cette troupe inédite. « La première fois que je les ai vus, je me suis dit que c'était impossible de monter un spectacle », s'enthousiasme aujourd'hui Frédéric Darbon, qui a relevé le défi, sans texte, mais avec un scénario esquissé sur le thème de l'évasion, choisi par les résidents. Cela a donné des rires, quelques flottements et de bons moments. Nous recherchons le bénéfice sur l'instant : nous observons que ce sont des résidents moins agités, plus faciles à canaliser, observe Gilonne Marchand, psychologue référente du PASA. Quant aux troubles de la mémoire, ils ne s'aggravent pas, les premiers résultats sont très encourageants. » Un bilan permettra de vérifier que les objectifs médicaux sont atteints.

« Le théâtre pourrait alors être conforté comme thérapie à part entière face aux maladies neurodégénératives. »

www.lanouvellerepublique.fr/indre-et-loire/commune/luynes/alzheimer-le-theatre-pour-traitement, 27 décembre 2018.

Télévision

Une autre histoire, de Chantal Cadieux

La chaîne publique canadienne *ICI Télé* propose une nouvelle série télévisée de la réalisatrice québécoise Chantal Cadieux, qui a tissé son histoire autour du personnage d'Anémone. Cette veuve et mère de famille dans la jeune cinquantaine apprend qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. À pareil âge, le diagnostic est évidemment une bombe. Mais le choc est d'autant plus grand pour Anémone qu'elle cache un lourd passé à ses trois enfants. Trois décennies plus tôt, elle a laissé derrière elle son conjoint violent et leurs trois jeunes enfants. Dans sa fuite, elle a changé d'identité et elle a refait sa vie dans la petite municipalité de Belleville, en gardant le silence sur ce qu'elle avait vécu avant. La maladie vient brouiller les cartes. Elle oblige Anémone à déterrer les souvenirs et rend peut-être des retrouvailles nécessaires : sa maladie Alzheimer pourrait avoir une origine héréditaire.

www.latribune.ca/arts/chantal-cadieux--une-autre-histoire-de-famille-83ad6a28a015122fec1f94ce3ff96de0, 5 janvier 2019.

Ouvrages scientifiques et professionnels

Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions, de la DREES

L'enquête *CARE-Institutions* (capacités, aides et ressources des seniors) a été menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), fin 2016, auprès de 3 300 personnes âgées de plus de 60 ans résidant de manière permanente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en maison de retraite non-EHPAD, dans les établissements de soins de longue durée (SLD), et auprès de leurs aidants informels. La moitié des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendent au moins 1 850 euros mensuels pour financer leur prise en charge, après perception des allocations et des contributions des obligés alimentaires. Cette participation financière s'élève à au moins 2 420 euros pour la moitié des résidents des établissements privés à but lucratif, contre 1 800 euros pour les autres types d'établissements. Un tiers des résidents déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution, et 11 % doivent mobiliser leur entourage pour payer une partie de ces frais. Près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses.

Gérosopie, décembre 2018. Besnard X et Zakri M. *Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions*. DREES. *Études et résultats* 2018 ; 1095. Novembre 2018.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1095_toile.pdf (texte intégral).

***Pratiques de commercialisation et populations vieillissantes. Comment faire face au déclin cognitif des personnes âgées dans le cadre de la relation client*, de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de la Banque de France et de l'Autorité des marchés financiers**

La protection de la clientèle constitue un enjeu majeur pour les deux autorités, qui disposent d'un pôle commun depuis 2010. Un groupe de travail « Populations vieillissantes » a été constitué en septembre 2017. Les travaux visent notamment à identifier des marqueurs de vulnérabilité spécifiques à cette population en situation d'achat et de vente de produits bancaires et financiers. Les principaux risques sont : l'augmentation prévue ou non-prévue

des charges financières et des revenus amoindris au passage à la retraite ou à l'entrée en dépendance ; l'accès physique aux guichets et aux espèces rendu difficile compte tenu des difficultés à se mouvoir, avec un risque d'exclusion financière ; l'affaiblissement progressif de la compréhension financière et contractuelle du fait, d'une part, de la diminution de l'acuité visuelle et auditive et, d'autre part, d'une diminution des capacités cognitives ayant pour conséquence un consentement peu ou pas éclairé; une adaptation insuffisante aux nouvelles formes de communication (Internet, smartphone, etc.), de souscription et de suivi de ses opérations bancaires et d'épargne, avec des risques d'erreurs importants, d'une insuffisance de conseil et pouvant déboucher sur une souscription non consentie ou basée sur un consentement vicié ; la difficulté à suivre ses affaires personnelles et à protéger ses propres intérêts, alimentant un risque de renoncement à des produits, en particulier assurantiels, indispensables et/ou obligatoires, ce qui peut accentuer la vulnérabilité si le risque non-couvert se matérialise ; l'affaiblissement de la vigilance exposant à des pratiques de commercialisation déloyales, agressives voire frauduleuses, d'autant plus que la présence au domicile crée des conditions propices au démarchage ; le risque d'achat de produits inadaptés (par exemple taux d'emprunt élevé, demande de contrepartie démesurée avec des ventes liées, des ventes de produits non-nécessaires ou inadaptés, investissements ne correspondant pas aux besoins, dans des produits illiquides, de très long terme et sans possibilité de transmission, etc.) ; un risque de maltraitance financière par des proches de la personne âgée, rendant nécessaire une vigilance des conseillers en la matière.

Des entretiens menés auprès de 7 établissements financiers montrent que la clientèle senior est clairement identifiée, avant tout sur le critère jugé déterminant de l'âge, de 50 à plus de 85 ans et plus. A ce critère s'ajoute celui rattaché aux capacités cognitives de la personne. Les conseillers en banque et en assurance éprouvent des difficultés à aborder la dégradation des fonctions cognitives de manière frontale avec ces clients âgés vulnérables. Il n'existe pas à ce jour une approche très structurée de la question. Il s'agit avant tout pour le conseiller de repérer certains éléments de fragilisation : l'absence d'enfants, l'isolement géographique et social, le décès du conjoint, l'absence de procuration. Les professionnels estiment que les clients seniors présentent des spécificités parfois difficiles à traiter. Le sujet est jugé délicat et complexe. En l'absence de procédure pour gérer ce segment de clientèle, chaque conseiller s'interroge sur le bien-fondé de son approche avec le client, notamment d'un point de vue éthique et déontologique. Les questions récurrentes qu'ils se posent concernent notamment leur légitimité à refuser une vente. Par ailleurs, si le sujet de l'abus de faiblesse ou de confiance est désormais bien connu et fait l'objet de procédures internes spécifiques - remontée de tout soupçon à la direction des risques ou du contrôle interne, puis au procureur de la République - il existe de nombreuses interrogations sur ce qui pourrait être qualifié de « zone grise », constituée par des personnes non protégées (tutelle ou curatelle), non victimes d'abus divers, mais dont le jugement pourrait être affaibli du fait de troubles cognitifs y compris légers. Cette « zone grise », non encadrée au niveau réglementaire, est traitée différemment selon les établissements. Certains sont favorables à plus d'encadrement réglementaire pour accompagner ces clients âgés.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de la Banque de France, Autorité des marchés financiers. *Pratiques de commercialisation et populations vieillissantes. Comment faire face au déclin cognitif des personnes âgées dans le cadre de la relation client.* Décembre 2018.

www.amf-france.org/technique/proxy-lien?docId=workspace://SpacesStore/5c0cca6d-be68-4bc3-ba34-66aac4608cbe (texte intégral).

Dementia-friendly finance and insurance guide A practical guide for financial services and insurance providers to support people affected by dementia, de la Société Alzheimer britannique

La Société Alzheimer britannique publie, à l'intention des professionnels de la banque et de l'assurance, un guide pour que leurs organisations deviennent « accueillantes à la démence » (*dementia-friendly*). Cette démarche s'inscrit dans le « défi du Premier ministre sur la démence » (*Prime Minister's Challenge on Dementia*) lancé par David Cameron en 2012, qui

avait l'ambition de faire du Royaume-Uni la première nation accueillante à la démence en 2020. Ce guide pratique montre que de petits changements dans la sensibilisation, les processus, les procédures et les lieux d'accueil peuvent avoir un effet réel dans le soutien des personnes malades et de leurs aidants à bien réaliser leurs opérations bancaires et financières. Une enquête menée par la Société Alzheimer montre que 76 % des personnes malades ont des difficultés pour le faire, que 66 % ont besoin d'assistance et que 70 % ont besoin d'aide pour payer leurs factures. Des groupes de travail avec les banquiers, les assureurs, les organismes de crédit immobilier et les conseillers financiers ont permis d'identifier les problèmes les plus importants pour lesquels une amélioration était possible : 1/ les difficultés liées aux troubles de la mémoire (se souvenir des codes de carte bancaire, des mots de passe ou autres informations pour accéder aux comptes, par Internet ou par téléphone) ; 2/ les difficultés liées à la lecture des factures et des courriers (comprendre les exigences des paiements, ou repérer l'information essentielle sur des factures compliquées) ; 3/ les difficultés pour contacter les banques ou les assureurs, ou lorsqu'on est contacté par des opérateurs inconnus ; 4/ les problèmes au moment du paiement : difficultés pour compter, reconnaître la monnaie, faire face aux nouvelles technologies et méthodes de paiement, devoir faire vite ; 5/ s'inquiéter des réactions des autres : que les gens ne comprennent pas les réactions des personnes malades, réagissent négativement en apprenant que la personne est atteinte de démence, avoir peur d'être vulnérable et d'être la cible de manœuvres frauduleuses.

Alzheimer's Society. Dementia-friendly finance and insurance guide A practical guide for financial services and insurance providers to support people affected by dementia. Novembre 2018. 64 p. www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2018-11/Dementia-friendly%20finance%20and%20insurance%20guide.pdf (texte intégral).

Effet des lésions neurodégénératives sur le mécanisme de résonance motrice à l'observation d'action, d'Elisabetta Farina

Dans une thèse de doctorat en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) à l'Université de Bourgogne-Franche-Comté (École doctorale *Environnements, santé*), sous la direction de Thierry Pozzo, du laboratoire Cognition, action et plasticité sensorimotrice (UFR 1093), Elisabetta Farina s'est intéressée au mécanisme de « résonance motrice à l'observation d'action », c'est-à-dire la capacité à reproduire un geste fait par une autre personne. Dans une étude portant sur 48 personnes, elle montre que cette capacité est préservée chez les personnes au stade du déficit cognitif léger.

Elisabetta Farina propose aussi une vaste recherche bibliographique sur les modèles conceptuels existants. Dans le modèle cognitiviste, dominant depuis les années 1950, le cerveau est considéré comme une unité centrale. Les systèmes périphériques d'entrée et de sortie des informations sont peu importants pour en décrire le fonctionnement. Mais ce schéma perception-cognition-action, qui suppose un flux séquentiel de traitement de l'information, est inopérant pour expliquer les effets comportementaux des troubles neurodégénératifs et le rôle de l'environnement. Depuis une trentaine d'années, en opposition à la conception cognitiviste, un courant de réflexion s'est développé pour mieux tenir compte de ces dimensions (Dutriaux et Gyselink, 2016). Cette théorie dite de la « cognition incarnée » considère que l'esprit doit être compris dans le contexte de son corps (le contexte sensorimoteur), et de l'interaction de ce dernier avec l'environnement physique ou social. La perception ne fait pas que représenter passivement les informations de notre environnement, mais elle permet de guider l'action. L'environnement et les actions d'autrui sont évalués et structurés en fonction de nos possibilités d'action : ce que nous sommes capables de faire dans une situation donnée. La découverte des neurones miroirs, dans les années 1990, a donné un fondement biologique à cette théorie : ces neurones, en s'activant lorsqu'on réalise une action et quand on observe quelqu'un la réaliser, permettent l'apprentissage par imitation. Dans ce modèle, les connaissances sur les actions et les perceptions permettent non seulement d'intégrer la perception dans la planification et l'exécution mais aussi de soutenir un large éventail de fonctions cognitives : éprouver de

l'empathie en s'identifiant à l'autre, apprendre le langage, ou encore apprendre des gestes en regardant faire l'autre.

Farina E et al. *Effet des lésions neurodégénératives sur le mécanisme de résonance motrice à l'observation d'action*. Thèse de doctorat en STAPS. Université de Bourgogne-Franche-Comté, Dijon. Soutenue le 23 octobre 2018. (Pozzo T, dir). www.theses.fr/2018UBFCK045.
Dutriaux L et Gyselinck V. *Cognition incarnée : un point de vue sur les représentations spatiales*. *Année Psychol* 2016 ; 3 (116) : 419-465. www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2016-3-page-419.htm.

***Wenham Connects : An age and dementia friendly needs assessment*, de Caitlin Coyle**

Aux États-Unis, Wenham est une ville résidentielle de 5 000 habitants à une trentaine de kilomètres au nord de Boston (Massachusetts). En juin 2018, elle est devenue une ville « accueillante aux aînés » (*age-friendly community*). Le conseil du vieillissement de la ville, un département municipal au service des personnes âgées, a décidé d'inclure dans la démarche les besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, et ceux de leurs familles (projet *Wenham Connects*). Caitlin Coyle, du centre de recherche sociale et démographique sur le vieillissement de l'Institut gérontologique à l'Université de Boston, a constitué des groupes de travail pour identifier ces besoins et proposer des recommandations à la municipalité. En termes d'habitat, elle recommande d'aider les seniors à rester chez eux, en réduisant leurs impôts locaux et en trouvant d'autres moyens d'augmenter leur pouvoir d'achat à travers des réductions de charges locatives ou de copropriété, ainsi qu'en expérimentant des zonages permettant d'installer un habitat économique pour les seniors qui souhaitent déménager dans un logement plus petit. En termes de communication sur les programmes et services, il s'agit de trouver un lieu d'information qui soit familier aux seniors. En ce qui concerne l'aide et les soins, le rapport recommande de continuer à informer la population et les professionnels sur les ressources de proximité ; d'explorer des interventions de soutien et de répit de courte durée ; d'inciter les habitants à partager leurs expériences ; d'agir sur l'isolement ressenti par les professionnels intervenant à domicile ; de s'appuyer sur la cohésion du voisinage pour agir auprès des personnes isolées. En terme de participation sociale, le rapport recommande d'utiliser les espaces publics existants et les espaces privés collectifs de voisinage pour organiser des rencontres intergénérationnelles régulières.

Coyle C. *Wenham Connects : An age and dementia friendly needs assessment*. University of Massachusetts Boston. Center for Social and Demographic Research on Aging Publications. Octobre 2018.

<https://scholarworks.umb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1031&context=demographyofaging> (texte intégral).

***Ça va pas la tête ! Cerveau, immortalité et intelligence artificielle, l'imposture du transhumanisme*, de Danièle Tritsch et Jean Mariani**

Danièle Tritsch, professeur de neurosciences à l'Université Pierre-et-Marie-Curie (UPMC) de 1991 à 2016, et Jean Mariani, professeur de neurosciences dans la même université et praticien hospitalier à l'hôpital *Charles-Foix*, ont créé et dirigé entre 2001-2014 le laboratoire Neurobiologie des processus adaptatifs (UMR 7102) à l'Université *Pierre et Marie Curie*. Ils s'appuient sur des données scientifiques biologiques et médicales pour « dénoncer l'imposture que représente le transhumanisme et ses excès ou délires » : demain, on vivra 200 ou 300 ans... et bien sûr en parfaite santé ; l'immortalité n'est pas loin. Dès que l'on s'intéresse au cerveau, les données sont particulièrement complexes et ne vont pas dans le sens de ces prophéties. Il existe une contradiction criante entre la jeunesse éternelle promise et la réalité actuelle, relèvent les chercheurs.

Véronique Lefebvre des Noëttes, psychiatre du sujet âgé au centre hospitalier *Émile-Roux* de Limeil-Brévannes (Assistance publique/Hôpitaux de Paris), s'interroge quant à la possibilité de numériser l'esprit. Le projet *Human Brain Project* vise d'ici à 2024 à simuler le fonctionnement du cerveau humain grâce à un superordinateur, avec pour but de développer de nouvelles thérapies médicales plus efficaces sur les maladies neurologiques.

Pour ses détracteurs, ce modèle de cerveau devrait inclure au moins 10 000 milliards de variables. Or on ne dispose pas aujourd'hui d'un modèle de compréhension du cerveau assez robuste pour agréger un tel volume de données. Tout au plus, les fonds européens permettront *a minima* de créer une plateforme informatique capable d'intégrer de manière dynamique les données de la recherche, ancienne et nouvelle. Cette plateforme saura-t-elle être utile à la prise en charge des maladies neurodégénératives ? « On saura dans 6 ans si les promesses d'un cerveau neuf, inusable, exempt de maladie mais aussi de sentiments, donc d'humanité, seront tenues. En attendant, ne faudrait-il pas rester à l'écoute du minuscule, des petites perceptions des malades d'Alzheimer qui jamais ne disparaissent sous la pathologie ? Dans mon service, en tous cas, ils nous murmurent de bien jolis récits de vie. "Moi, ma maladie, ça me fait penser", a dit l'un d'eux. Pour la psychiatre, « ce qui soigne, c'est bien la possibilité d'être dans une ouverture à l'autre, quelle que soit son histoire et l'état de ses neurones. »

Trisch D et Mariani J. Paris : *Belin*. 14 mars 2018. ISBN : 978-2-4100-0349-9. *Ça va pas la tête ! Cerveau, immortalité et intelligence artificielle, l'imposture du transhumanisme.* www.belin-editeur.com/ca-va-pas-la-tete. Lefebvre des Noëttes V. *Alzheimer et transhumanisme : espoir ou utopie.* *Neurol Psychiatr Géiatr* 2018 ; 18 : 325-328. Décembre 2018.

Les papys qui font boom, de Gilles Berrut

Le Pr Gilles Berrut, gériatre, chef du pôle hospitalo-universitaire de gérontologie clinique au CHU de Nantes, publie un ouvrage qui se veut une présentation positive du vieillissement. Le propose est de lutter contre l'âgisme ambiant qui associe les mots « personne âgée » à maladies, dépendance, coût, autrement dit, le « péril vieux ». Pour bien vieillir, écrit-il, il faut se laisser déranger par les autres. « Face à la voisine de palier qui vous parle de son chat ou de tout autre sujet qui ne vous intéresse pas, il faut savoir s'arrêter et l'écouter, se laisser déranger par ce discours qui semble importun. Cette adaptation à celui qui nous est étrange, par bien des aspects, mobilise des fonctions cognitives d'adaptation, d'innovation et de curiosité qui sont bien souvent de forts stimulants de nos fonctions exécutives. Être dérangé par l'autre est sûrement un meilleur stimulant que de faire seul des mots croisés. Même si l'échange est banal, il reste nécessaire. Quel que soit notre âge, sachons préserver notre capacité à discuter, à échanger, à écouter l'autre, quel qu'il soit. Si on le fait avec effort, on en tirera encore plus de bénéfices, et l'autre aussi. »

Neurologie Psychiatrie Gériatrie, décembre 2018. Berrut G. *Les papys qui font boom*. Paris : Solar. 256 p. 978-2-2631-4892-7. 22 février 2018.

Faits et chiffres

611 185 : c'est le nombre d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) liée à la **démence en France en 2016** [somme des années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée et des années de vie productives perdues en raison d'incapacités], selon l'étude sur le fardeau mondial de la maladie (*Global Burden of Disease*), coordonnée par Emma Nichols, de l'institut de métrologie et évaluation de la santé de l'Université de Washington à Seattle (États-Unis). La prévalence de la démence en France en 2016 est estimée à 877 760 (entre 739 227 et 1 050 674 cas).

Nichols E. *Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. 26 novembre 2018/ www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1474-4422%2818%2930403-4 (texte intégral).

35 % : c'est la proportion de résidents d'EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) qui déclarent avoir les ressources nécessaires pour payer le reste à charge, selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Un tiers des résidents (34 %) a déjà été contraint

d'utiliser son épargne pour financer sa prise en charge. Le reste à charge mensuel s'élève à 2 420 € dans les établissements privés à but lucratif, 1 850 € pour les établissements privés à but non lucratif, 1730 € dans des établissements publics non hospitaliers et 1 790 € pour les établissements publics hospitaliers. Les retraités disposent d'une pension moyenne de 1 500 € nets par mois, insuffisante dans tous les cas pour payer ces frais. 11 % des résidents ont mobilisé leur entourage pour en payer une partie. Près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses.

Mutations, janvier 2019. Besnard X et Zakri M. *Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions. DREES Études et résultats 2018 ; 1 095. Novembre 2018.*

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1095_toile.pdf (texte intégral).

4,11 ans (± 4,10 ans) après le diagnostic : c'est la durée de survie moyenne des personnes atteintes de la maladie à corps de Lewy, selon une méta-analyse portant sur 11 études internationales, sur un total cumulé de 22 952 personnes atteintes de démence, réalisée par Christoph Mueller et ses collègues, du département de psychologie et neurosciences du *King's College* de Londres. L'âge moyen au diagnostic est de 76,3 ans chez les personnes atteintes de démence à corps de Lewy et 77,2 ans chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. La durée de survie moyenne des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est de 5,66 ans (± 5,32 ans) après le diagnostic. La probabilité de décéder est 35 % plus importante chez les personnes atteintes d'une maladie à corps de Lewy que chez celles atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Mueller C et al. *Survival time and differences between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease following diagnosis: A meta-analysis of longitudinal studies. Ageing Res Rev 2019; 50: 72-80. 6 janvier 2019. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30625375.*

Directeur de la publication : Hélène Jacquemont
 Directeur de la rédaction : Marie-Antoinette Castel-Tallet
 Rédacteur en chef : Paul-Ariel Kenigsberg
 Veille presse : Paul-Ariel Kenigsberg
 Veille Chine : Julien Dreyfuss
 Secrétariat de rédaction : Alain Bérard, Ségolène Charney

ISSN : 2556-6644 - Reproduction soumise à accord préalable de la Fondation Médéric Alzheimer

La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer rend compte des enquêtes nationales menées par l'Observatoire des dispositifs de la Fondation Médéric Alzheimer. L'analyse des résultats est complétée par des entretiens avec des professionnels de terrain.

Tous les numéros de la Lettre de l'Observatoire des dispositifs, depuis août 2004, sont disponibles gratuitement sur le site Internet de la Fondation Médéric Alzheimer :

www.fondation-mederic-alzheimer.org/la-lettre-de-lobservatoire

La Fondation Médéric Alzheimer a lancé une nouvelle lettre d'information, **Mieux vivre ensemble la maladie d'Alzheimer**, afin de mieux faire connaître ses actions et permettre une meilleure compréhension des enjeux liés à la maladie. Le premier numéro est paru en juillet 2015. Tous les numéros sont téléchargeables gratuitement sur le site de la Fondation :

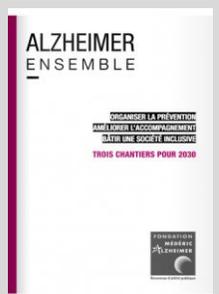
www.fondation-mederic-alzheimer.org/mieux-vivre-ensemble-la-maladie-dalzheimer

La Fondation Médéric Alzheimer met à disposition de ses lecteurs, chaque mois, **Alzheimer Actualités**, une revue de presse nationale et internationale concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants, qu'ils soient familiaux, bénévoles ou professionnels et l'environnement médical, social, juridique, politique et économique de la maladie. Cette revue de presse, renommée **Alzheimer Actualités** depuis juin 2017, s'appuie sur plus de 2 000 sources (publications scientifiques, presse généraliste, presse professionnelle, médias sociaux). Tous les numéros depuis août 2004 sont disponibles gratuitement sur le site Internet de la Fondation Médéric Alzheimer :

www.fondation-mederic-alzheimer.org/alzheimer-actualites

A l'occasion de la Journée mondiale Alzheimer 2018, la Fondation Médéric Alzheimer a publié **Alzheimer ensemble, 3 chantiers pour 2030**, un livre-plaidoyer pour relever le défi du vieillissement cognitif. Organiser la prévention, améliorer l'accompagnement, bâtir une société inclusive : en se fondant sur les connaissances et les pratiques observées en France et à l'étranger, la Fondation Médéric Alzheimer a identifié douze grands défis pour 2030. Pour chacun d'eux, elle fait deux propositions d'action et identifie deux priorités de recherche. Le livre-plaidoyer peut être consulté gratuitement sur le site Internet de la Fondation Médéric Alzheimer :

www.fondation-mederic-alzheimer.org/trois-chantiers-pour-2030





Fondation Médéric Alzheimer : comprendre, soutenir, agir

La maladie d'Alzheimer exclut trop souvent ceux qui en sont atteints et fragilise ceux qui les entourent. La Fondation Médéric Alzheimer, reconnue d'utilité publique, aide depuis 20 ans les personnes malades et leurs proches à mieux vivre avec la maladie.

L'originalité de la Fondation Médéric Alzheimer est de produire à la fois de la connaissance et de l'expertise et d'apporter un soutien financier à des chercheurs et aux professionnels de terrain qui interviennent au domicile des personnes malades ou en établissement d'hébergement.

La Fondation publie des enquêtes, des études et des recherches qu'elle réalise, et a très récemment publié un livre plaidoyer : *Alzheimer ensemble, 3 chantiers pour 2030*. Elle diffuse des connaissances et des bonnes pratiques en assurant des formations auprès des professionnels de terrain.

La Fondation a également vocation à innover et faire émerger des solutions d'accompagnement plus efficaces en finançant les travaux des chercheurs en santé publique et en sciences humaines et sociales ainsi que des projets d'acteurs de terrain à travers des bourses, des appels à projets, des prix et des partenariats.

Depuis 1999, la Fondation a soutenu 420 projets d'innovation de terrain, 56 études et recherches. Elle a remis 52 bourses doctorales et attribué 22 prix de thèse et 3 prix de master 2 recherche.

La Fondation Médéric Alzheimer est habilitée à recevoir des dons et des legs. Vous pouvez soutenir nos actions et favoriser le bien-être et l'autonomie des personnes malades en faisant un don à :

Fondation Médéric Alzheimer, 30 rue de Prony - 75017 Paris
www.fondation-mederic-alzheimer.org/nous-soutenir